

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Érika Andrade e Silva

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS VIVENDO COM TUBERCULOSE
SOBRE A DOENÇA E SEU TRATAMENTO**

Juiz de Fora
2013

Érika Andrade e Silva

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS VIVENDO COM TUBERCULOSE
SOBRE A DOENÇA E SEU TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2013

Silva, Érika Andrade e.

Representações sociais de pessoas vivendo com tuberculose
sobre a doença e seu tratamento / Érika Andrade e Silva. – 2013.
90 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de
Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

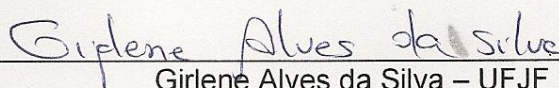
1. Representação Social. 2. Tuberculose. 3. Atenção Primária à saúde.
I. Título.

ÉRIKA ANDRADE E SILVA

**“Representações Sociais de Pessoas Vivendo com a
Tuberculose sobre a Doença e seu Tratamento”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

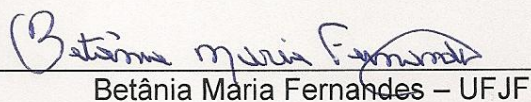
Aprovado em 22/03/2013



Girlene Alves da Silva – UFJF



Elisabete Pimenta Araújo Paz – UFRJ



Betânia Maria Fernandes – UFJF

Dedico este trabalho, aos atores mais importantes da minha vida. Pelos quais vivo e pelos quais e dou minha vida.

*Ao meu **PAI Jairo** e à minha **MÃE Marilda**, tudo o que sou e tenho, devo a vocês.*

Ensinaram-me a ser uma pessoa forte, determinada e aceitaram minha dolorosa ausência nos momentos mais difíceis, para que eu conseguisse alcançar meus objetivos. Deram-me asas para enfrentar o mundo e coragem para superar dificuldades, o que me faz ousar cada dia mais. A conclusão deste mestrado tem como mérito maior não a titulação, mas sim o orgulho e admiração de vocês.

*Ao meu marido **Iata Anderson**, que sempre me acolheu com todo o seu amor, carinho e admiração, e com sua presença incansável me apoiou ao longo do período de elaboração desta dissertação. O dia a dia, o cansaço, o nervosismo, o desânimo, ninguém viveu comigo tanto as amarguras e alegrias deste mestrado quanto você.*

Foi e sempre será meu porto seguro, onde acalmo minha alma e meu coração.

*Às minhas irmãs **Viviane, Juliany e Thaís**, dedico a minha alegria de hoje em retribuição a toda a alegria que me oferecem na convivência com vocês.*

*Aos meus sobrinhos **Allícia e Victor**, que alimentam meu coração com amor e afeto e dão razão à minha luta.*

Aos familiares que me motivam e encorajam, que por meio do orgulho que sentem por mim, me dão forças para seguir em frente, em especial meu cunhado Gérson, e minhas Tias Laura, Lú e Nilda.

Aos meus amigos que nunca estiveram ausentes.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração e estímulo de tantas pessoas, às quais devo expressar toda a minha gratidão e apreço por me ajudarem da sua forma, a concluir esta etapa.

Agradeço a Deus, meu criador e redentor, sem o qual os objetivos se tornam mais longínquos e cansaço se transforma em enfado. Seu amor e misericórdia dão sentido à minha vida.

À minha orientadora Prof. Dra. Girlene Alves da Silva, que me guiou cuidadosamente nos trilhos da construção de uma dissertação. Sua fala franca, sua atitude aberta, seus conhecimentos transmitidos e total disponibilidade, foram notáveis. Favorecer-me com sua disponibilidade irrestrita, a sua forma exigente, crítica e criativa, com certeza facilitaram e felicitaram muito todo o processo. Agradeço especialmente, por me ceder parte do seu tempo e preocupação em um dos momentos mais importantes da sua vida que é a maternidade. E por isso, agradeço também ao nosso pequeno Francisco, por renovar nossa alegria e por se comportar exemplarmente durante nossos infindáveis momentos de orientação. Gigi, aos amigos dizem que não agradecemos e sim amamos, ofereço a você então todo meu amor e admiração. Você foi, na minha graduação, um exemplo e na pós-graduação, um pilar, faz parte da minha história.

Agradeço também, aos colegas da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, em especial aos colegas das Atenção Primária que me ajudaram no acesso aos sujeitos deste estudo.

À família da UAPS Vila Ideal, pelo apoio, companheirismo e incentivo criando condições para que eu pudesse me dedicar aos estudos.

Ao Departamento de Vigilância Epidemiológica da PMJF, em especial à Maria Consolação Magalhães, pela ajuda no acesso aos dados epidemiológicos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), da Faculdade de Medicina da UFJF, pela oportunidade de uma formação tão relevante. De modo especial, aos professores que por meio das “teorias” nos ensinam a ser profissionais melhores.

Agradeço à Anelise, pessoa admirável que cuidou com carinho não só da formatação do meu trabalho, mas sobretudo cuidou de mim com o zelo de “mãe” e amiga. Você é formidável!

O meu obrigada também às alunas, Carol Fraga e Jaqueline Penna, pelo carinho, pela amizade e pela significativa ajuda na coleta de dados, sem vocês teria sido ainda mais difícil.

Registro também meu o agradecimento a CAPES pelo auxílio à pesquisa através de bolsa de mestrado.

A todos obrigada por permitirem que esta dissertação seja uma realidade.

Muito obrigada!

Esta manhã tem a tristeza de um crepúsculo.

Como dói um pesar em cada pensamento!

Ah, que penosa lassidão em cada músculo...

O silêncio é tão largo, é tão longo, é tão lento.

Que dá medo... O ar, parado, incomoda, angustia...

Dir-se-ia que anda no ar um mau pressentimento.

Assim deverá ser a natureza um dia,

Quando a vida acabar e, astro apagado,

Rodar sobre si mesma estéril e vazia.

O demônio sutil das nevroses enterra

A sua agulha de aço em meu crânio doído.

Ouçó a morte chamar-me e esse apelo me aterra...

Minha respiração se faz como um gemido.

Já não entendo a vida, e se mais a aprofundo,

Mais a descompreendo e não lhe acho sentido.

Por onde alongue o meu olhar de moribundo,

Tudo a meus olhos toma um doloroso aspeto:

E erro assim repellido e estrangeiro no mundo.

Vejo nele a feição fria de um desafeto.

Temo a monotonia e apreendo a mudança.

Sinto que a minha vida é sem fim, sem objeto...

- Ah, como dói viver quando falta a esperança!

(Manuel Bandeira, Desesperança)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever as Representações Sociais das pessoas portadoras de TB sobre a doença e seu tratamento e analisar as representações sociais das pessoas portadoras de TB, assistidos pela Estratégia Saúde da Família sobre a doença e o tratamento de tuberculose. Utilizando a abordagem qualitativa, tomou-se como base os pressupostos teóricos da Teoria das Representações Sociais. Como forma de obtenção das informações utilizou-se a entrevista, junto a 12 pessoas que estavam em tratamento de tuberculose, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde localizadas na região administrativa sudeste do município de Juiz de Fora. Os depoimentos dos foram organizados por meio do método de análise de conteúdo temático proposto por Bardin. As categorias elencadas para o estudo, reveladoras do conteúdo das representações sociais da tuberculose foram: Representações sobre o sentir e descobrir a doença; O (des)conhecimento sobre a tuberculose e Vivenciando o adoecimento e tratamento. Os achados deste estudo demonstraram que as representações sociais sobre a tuberculose como uma doença corriqueira, o que tem contribuído para atrasar seu diagnóstico e dificultar seu tratamento, mesmo diante de sinais e sintomas tão característicos. Essa dificuldade pode ser atribuída em grande parte à desinformação. Este estudo aponta para a necessidade de revisão das políticas de controle da doença, especialmente no sentido de educar a população para prevenir e diagnosticar a doença precocemente, mas precisa também pensar o papel da equipe da atenção primária que cuida dessa pessoa que vivencia a tuberculose.

Palavras chave: Representação Social. Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Tratamento. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This study aimed to describe the social representations of people with TB, regarding the disease and its treatment, and to analyze the social representations of people with TB, assisted by the Family Health Strategy, on the disease and the treatment of tuberculosis. Using a qualitative approach, social representation theory was taken as the theoretical basis. Information was collected using interviews, with 12 people who were being treated for tuberculosis in the Primary Health Care Units located in the southeastern administrative region of the city of Juiz de Fora. The subjects' reports were organized using the thematic content analysis method proposed by Bardin. The categories identified in the study, revealing the content of social representations of tuberculosis were: Representations about perceiving and discovering the disease; The (lack of) knowledge about tuberculosis; and Experiencing the illness and treatment. The findings of this study demonstrated the social representation of tuberculosis as a commonplace disease, which has contributed to delaying its diagnosis and complicating treatment, even in the face of typical signs and symptoms. This difficulty can be attributed largely to a lack of information. This study points to the need to review the disease control policies, especially in an effort to educate the public about prevention and early diagnosis of the disease, but also the need to reconsider the role of the primary care team attending the person who is living with tuberculosis.

Keywords: Social Representation. Tuberculosis. Primary Health Care. Treatment. Qualitative Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------------|---|----|
| Mapa 1. | Prevalência estimada do HIV em novos casos de tuberculose, 2011 | 19 |
| Mapa 2. | Taxas estimadas de incidência de tuberculose no mundo, 2011 | 21 |
| Figura 1. | Situação atual da tuberculose no Brasil, 2011 | 23 |
| Mapa 3. | Taxa de incidência de tuberculose pulmonar por região administrativa em Juiz de Fora – MG, 2003-2005..... | 25 |
| Quadro 1. | Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes | 36 |
| Quadro 2. | Esquema básico para tratamento de TB em crianças (<10 anos)..... | 36 |
| Quadro 3. | Caracterização socioeconômica dos sujeitos do estudo | 48 |
| Quadro 4. | Caracterização dos sujeitos quanto à situação e fase do tratamento | 49 |

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Evolução da frequência de notificações de tuberculose no município de Juiz de Fora-MG24
- Tabela 2.** Relatório tuberculose-residentes, forma pulmonar, no município de Juiz de Fora-MG.....24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| a.C | Antes de Cristo |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde. |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| APS | Atenção primária à Saúde |
| BAAR | Bacilo Álcool-Ácido Resistente |
| BCG | Bacilo de Calmette-Guerin (Vacina antituberculose) |
| CAAE | Certificado de apresentação para apreciação ética |
| CRSUP | Conjunto residencial da Universidade de São Paulo |
| DOTS | Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (Direct Observed Treatment Strategy) |
| DVEA | Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental |
| E | Etambutol |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| Et | Etionamida; |
| H | Isoniazida |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Vírus) |
| INSS | Instituto Nacional de Seguridade Social |
| MDR | Resistência Simultânea à rifampicina e isoniazida |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONGs | Organizações Não Governamentais |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PCT | Programa de Controle da Tuberculose |
| PJF | Prefeitura de Juiz de Fora |
| PNCT | Programa Nacional de Controle de Tuberculose |
| PT | Prova Tuberculínica |
| R | Rifampicina |
| RA | Recidiva após abandono |
| RC | Recidiva pós-cura |
| S | Streptomomicina |

| | |
|---------|---|
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SR | Sintomático Respiratório |
| SS | Secretaria de Saúde |
| SSVS | Subsecretaria de Vigilância em Saúde |
| STOP TB | Departamento de Controle da Tuberculose da Organização Mundial da Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TA | Tratamento anterior |
| TB | Tuberculose |
| TB-HIV | Coinfecção por Mycobacterium tuberculosis e HIV |
| TB-MDR | Tuberculose Multirresistente |
| TCLE | Termo de consentimento livre e esclarecido |
| TUDO | Tratamento Diretamente Observado |
| TS | Teste de sensibilidade |
| UAPS | Unidade de Atenção Primária à Saúde |
| VE | Vigilância Epidemiológica |
| VT | Virgem de Tratamento |
| WHO | World Health Organization |
| Z | Pirazinamida; |

Este estudo teve o apoio financeiro da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), através de uma bolsa do programa de demanda social (DS), com início em outubro de 2011.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 | REVISITANDO A LITERATURA SOBRE A TUBERCULOSE | 28 |
| 2.1 | A TUBERCULOSE E SUA HISTÓRIA | 28 |
| 3 | PLANO NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE | 32 |
| 3.1 | A TUBERCULOSE FRENTE A NOVA PROPOSTA TERAPÊUTICA | 34 |
| 4 | DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO | 38 |
| 4.1 | TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO PARA INVESTIGAÇÃO | 38 |
| 4.2 | O MÉTODO ESCOLHIDO PARA O ESTUDO | 41 |
| 4.3 | O CENÁRIO DA PESQUISA | 42 |
| 4.4 | OS SUJEITOS DO ESTUDO | 43 |
| 4.5 | A APREENSÃO DAS INFORMAÇÕES | 44 |
| 4.6 | PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES | 45 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA | 47 |
| 5 | APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 48 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | 48 |
| 5.2 | REPRESENTAÇÕES SOBRE O DESCOBRIR E SENTIR A DOENÇA TUBERCULOSE | 51 |
| 5.3 | O CONHECIMENTO SOBRE A TUBERCULOSE | 60 |
| 5.4 | VIVENCIANDO O ADOECIMENTO E TRATAMENTO | 63 |
| 5.4.1 | A dificuldade em tratar a doença | 63 |
| 5.4.2 | A doença como limitação física | 66 |
| 5.4.3 | A doença como limitação social | 67 |
| 5.4.4 | O que a doença traz como perspectiva de vida | 70 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 73 |
| | REFERÊNCIAS | 77 |
| | APÊNDICES | 83 |
| | ANEXOS | 87 |

1 INTRODUÇÃO

*“Falar somente uma linguagem rouca,
Um português cansado e incompreensível,
Vomitar o pulmão na noite horrível
Em que se deita sangue pela boca!
Expulsar aos bocados, a existência
Numa bacia automata de barro
Alucinado, vendo em cada escarro
O retrato da própria consciência...”
(Augusto dos Anjos – Os doentes)*

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa, transmitida por um tipo especial de bactéria conhecida como Bacilo de Koch, nome dado em homenagem ao seu descobridor, o alemão chamado Robert Koch, e é cientificamente denominada *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2009).

Na cultura popular, como é referenciada na Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose ([20--a])¹, ela é conhecida como “tísica”, com codinomes populares como “mancha no pulmão” ou “pulmão fraco”. Mais comumente, esta doença atinge os pulmões, porém, pode também atingir os rins, ossos, pleura, meninges, gânglios e outros órgãos, recebendo então o nome de tuberculose extrapulmonar (REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, [20--a]).

A transmissão normalmente ocorre por meio da fala, do espirro e, principalmente, da tosse de um doente de tuberculose pulmonar bacilífera que lança no ar gotículas contendo o agente etiológico. O diagnóstico pode ser realizado pela baciloscopia direta, cultura de escarro ou de outras secreções. O tratamento tem a duração mínima de seis meses. Condições socioeconômicas desfavoráveis (por exemplo, desnutrição, etilismo, uso de drogas ilegais ou outros) e clínicas (*diabetes mellitus*, silicose, uso prolongado de corticosteroide ou outros imunossupressores, neoplasias e infecção pelo HIV) estão associadas ao risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2005).

A tuberculose é uma doença grave, porém curável, em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. Trata-se de uma das doenças infecciosas mais antigas e, apesar de ser prevenível e curável

¹ Disponível em: <<http://redetb.org/sobre-a-tuberculose>>.

desde meados da década de 1950, ainda na atualidade continua sendo um dos grandes problemas de saúde pública, em especial nos países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2009).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose (TB) como sendo uma “Emergência Global de Saúde”. Em vários países do mundo, as taxas de prevalência e de mortalidade específica pela tuberculose ultrapassavam os limites de controle, passando então a ser considerada uma enfermidade reemergente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

Segundo estimativas da OMS (BRASIL, 2004), dois bilhões de pessoas, correspondendo a um terço da população mundial, estão infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Destes, oito milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano.

Calcula-se que em 2002 morreram 3.100.000 pessoas com HIV/SIDA. Diversas evidências sugerem que a coinfeção TB/HIV é responsável pelo aumento na incidência de TB em várias regiões do mundo. Em 2004, 13% dos adultos com TB estavam infectados por HIV, com grandes variações de percentuais entre as regiões. Por meio de dados da vigilância epidemiológica estima-se que em 2005, em domínio mundial, houve um total de 1,6 milhões de mortes por TB e, destes, 195.000 pacientes estavam infectados por HIV (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2002).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) ao abordar a importância dos dados referentes à TB destaca que:

A relevância da magnitude da TB pode ser evidenciada pelas estimativas da OMS para o ano de 2007 (WHO, 2009):

- Casos novos no mundo: 9,27 milhões. A maioria destes casos estaria nas regiões da Ásia (55%) e da África (31%), enquanto as regiões do Mediterrâneo Oriental (6%), Europa (5%) e Américas (3%) teriam os menores percentuais. Apesar do aumento no número de casos novos, a taxa de incidência global vem diminuindo lentamente (menos de 1% ao ano), sendo estimada uma taxa de 139 casos por 100.000 hab. Houve declínio em 5 das 6 regiões da OMS e somente a Europa manteve a sua taxa estável.
- Casos novos HIV positivos: 1,37 milhão, 15% do total de casos estimados, dos quais 79% estariam na África.
- Óbitos em casos novos HIV negativos: 1,3 milhões sendo 456 mil nos HIV positivos.
- TB multirresistente – TB-MDR: 500 mil casos. (BRASIL, 2011a, p. 19).

Do universo de infectados, estima-se que entre oito a dez milhões de pessoas desenvolverão a doença durante a vida, sendo que cerca da metade apresentará formas contagiantes (BRASIL, 2002a).

A carga global da TB no mundo está a aumentar. Estima-se que em 2008 tenham ocorrido 9,4 milhões de casos em todo o mundo, ou seja, 139 novos casos por 100 mil habitantes, com uma mortalidade de 1,3 milhões de pessoas (20/100 mil). A maior parte (cerca de 80%) dos casos ocorreu na Ásia (50%) e África (30%). Em alguns países, a incidência chega a atingir os 1.000 casos por 100 mil habitantes (ANTUNES, 2010).

Diante da situação mundial e buscando o alcance de metas globais, em 2006 foi lançada a estratégia STOP-TB/OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009) constituída por seis componentes estruturantes, mas que ainda manteve na centralidade a estratégia DOTS. São eles: a) buscar a expansão e o aperfeiçoamento da qualidade da estratégia DOTS; b) tratar a coinfeção TB/HIV, TB-MDR e outros desafios: programar atividades colaborativas TB/HIV, executando atividades integradas; prevenir e controlar a TB-MDR, tratar as pessoas privadas de liberdade, refugiados, pessoas vivendo em situação de rua e outras populações mais vulneráveis; c) contribuir para o fortalecimento do Sistema de Saúde: participar ativamente nos esforços para melhorar as políticas de saúde, recursos humanos, financiamento, gestão, de atenção e sistemas de informação; compartilhar inovações para fortalecer o Sistema de Saúde, incluindo a abordagem integral à saúde pulmonar, adaptar inovações de outras áreas; d) envolver todos os provedores da saúde: abordagens público-pública e público-privada e padronizações internacionais de atenção à TB; e) empoderar portadores de TB e comunidades: Advocacia, comunicação e mobilização social e participação comunitária na Atenção à TB; carta de direitos do paciente; f) capacitar e promover a pesquisa: pesquisas operacionais, levando em consideração as necessidades dos Programas de controle, pesquisa para o desenvolvimento de novos meios diagnósticos, medicamentos e vacinas.

Neste contexto iniciou-se então a recomendação da estratégia do tratamento observado (DOTS)² como resposta global para o controle da doença. Esta estratégia

² Tratamento diretamente supervisionado (TDO), chamado pela sigla em inglês DOTS (*Directly Observed Therapy Short-Course*), constitui uma mudança na forma de administrar os

pode ser entendida como um conjunto de boas práticas para o controle da TB e fundamenta-se em cinco componentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009): compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação (com definição de atividades, metas, prazos e responsabilidades) e mobilização social; diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos e sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso.

Atribui-se à TB a responsabilidade por um grande número de mortes em toda a humanidade, sendo ainda nos dias de hoje a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Contradizendo a percepção de muitas pessoas que acreditavam que a TB estava sob controle, nos últimos anos observou-se no cenário mundial um aumento do número de casos de TB, principalmente associada ao HIV (REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS EM TUBERCULOSE, [20--b]).

No ano de 2007, foram notificados no Brasil 72.194 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 hab. Entre eles, 41.117 casos novos foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positiva), apresentando um coeficiente de incidência de 41/100.000 habitantes, sendo que estes indicadores colocam na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Entre os anos de 1998 e 2030, 235 milhões de novos casos e 79 milhões de mortes são esperados (BASTIAN et al., 2000). Estimou-se uma prevalência global em 15,4 milhões de casos, dentre os quais 6,9 milhões de portadores da tuberculose pulmonar, positivos ao exame baciloscópico de escarro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Estimativas da OMS giram em torno de oito milhões de casos novos em todo o mundo. Entretanto, apenas cerca da metade dos casos estimados têm sido notificados, que representa índices de subdiagnóstico ou subnotificação (HIJJAR et al., 2005).

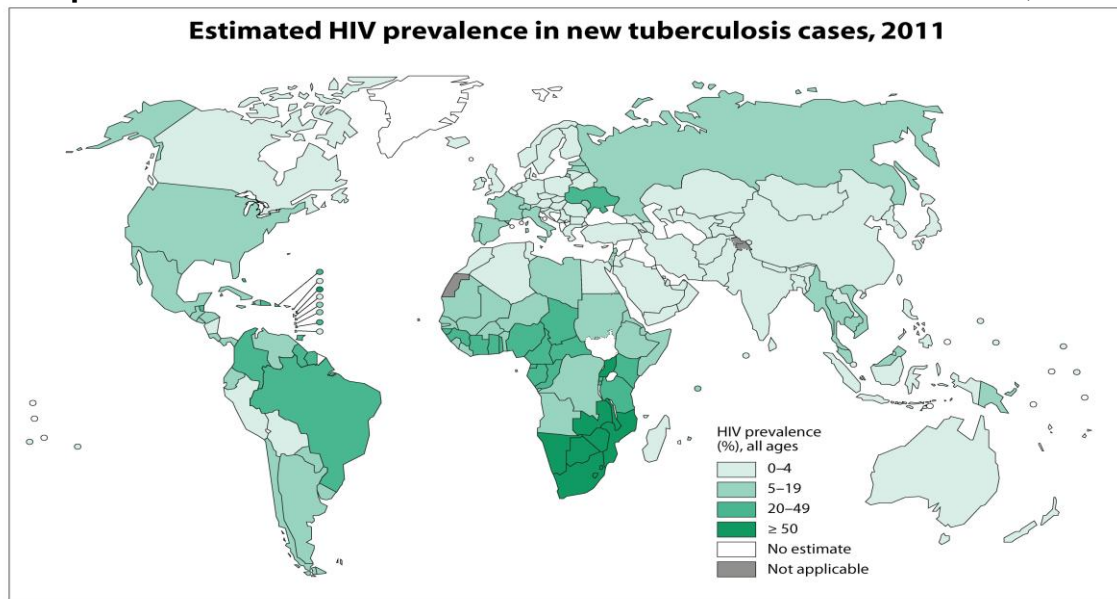
Simões (2002), baseado nos dados da Organização Mundial de Saúde, destaca que a epidemia da AIDS associada à tuberculose constitui atualmente uma

medicamentos, sem mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura (BRASIL, 2011a).

calamidade de grande proporção. A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que deprime a imunidade celular, é o principal fator de risco conhecido para o desenvolvimento da tuberculose. O risco latente de uma infecção por *Mycobacterium tuberculosis* progredir para tuberculose ativa é diretamente proporcional ao grau de imunossupressão do doente HIV positivo, e pode ocorrer precocemente após a infecção. Por outro lado, os indivíduos infectados inicialmente pelo *Mycobacterium tuberculosis* que são posteriormente coinfectados com HIV, têm um risco de desenvolver a tuberculose ativa entre 8 a 10% ao ano.

Sendo assim, a pandemia do HIV/AIDS vem a cada dia tornando mais difícil o controle da tuberculose, já que o número de casos de tuberculose associados ao HIV tem aumentado consideravelmente em todo o mundo conforme ilustra o Mapa 1.

Mapa 1. Prevalência estimada do HIV em novos casos de tuberculose, 2011



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Source: *Global Tuberculosis Report 2012*, WHO, 2012.



Fonte: World Health Organization (2012a, p. 13).

Em 2011, havia uma estimativa de 8,7 milhões novos casos de tuberculose (13% coinfectados com HIV) e 1,4 milhão de pessoas morreram de tuberculose, sendo que quase um milhão de mortes foram entre os indivíduos HIV-negativos e

430.000 entre as pessoas que eram HIV-positivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

Diante destes dados reforça-se a veracidade da frase de Ruffino-Netto (2002, p. 51) que afirma que a tuberculose no Brasil não é considerada “um problema emergente e nem mesmo reemergente e sim um problema presente e ficante há longo tempo”.

Dados recentes da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009) apontam que dos 22 países que representam 80% dos casos de TB no mundo, o Brasil encontra-se na 19ª posição em relação ao número de casos, embora tenha ocorrido em nosso país uma queda de 26% na incidência e de 32% na mortalidade por TB a partir de 1999 com a implantação da estratégia DOTS.

Ainda assim, conforme destaca o Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil (2011)³, a OMS mencionou o Brasil entre os países que mais avançaram no controle da tuberculose, pois

[...] o PNCT comemora o cumprimento antecipado de metas relacionadas ao controle da doença pactuadas por 191 países membros da ONU na Declaração do Milênio. Entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o país já reduziu pela metade a mortalidade por tuberculose cinco anos antes do prazo pactuado, 2015, e, além disto, conquistou a maior taxa de detecção da doença entre os 22 países com maior carga. Assinada em setembro de 2000, a declaração estabeleceu uma série de compromissos concretos a serem cumpridos até 2015, a fim de melhorar o destino da humanidade neste século. (FUNDO GLOBAL TUBERCULOSE BRASIL, 2011).⁴

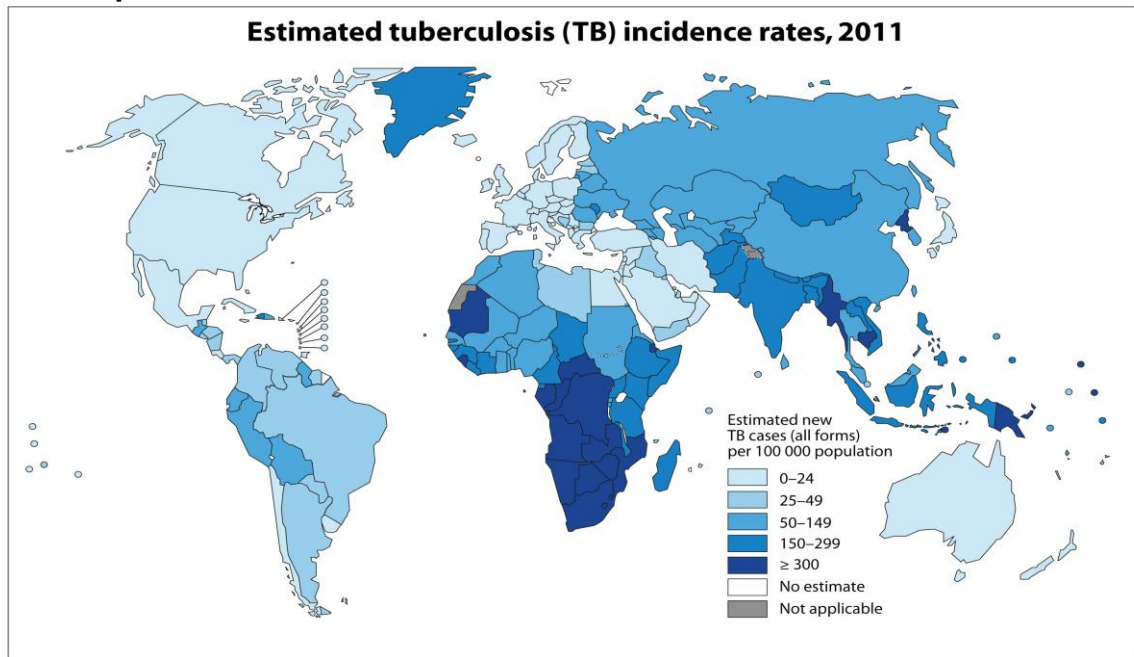
De acordo com estimativas da OMS, entre 2000 e 2020, um bilhão de pessoas será infectado por tuberculose, 200 milhões irão adoecer e 35 milhões morrerão se não houver melhora no controle dessa doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

³ O Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil abrange 57 municípios das regiões metropolitanas de Belém, São Luís, Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Baixada Santista e Porto Alegre e o município de Manaus, áreas que concentram 45% dos casos de tuberculose no Brasil. O Projeto visa à aceleração do alcance das metas definidas para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), do Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo, pretende dar início a novas atividades que possam contribuir para a melhoria da cobertura do Tratamento Supervisionado/DOTS e à consequente redução de incidência, prevalência e mortalidade em virtude da doença. Disponível em: <<http://fundoglobaltb.org.br/>>.

⁴ Disponível em:
<http://fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id_content=1525>.

O Mapa 2 ilustra as taxas estimadas de incidência de tuberculose no mundo em 2011.

Mapa 2. Taxas estimadas de incidência de tuberculose no mundo, 2011



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Source: *Global Tuberculosis Report 2012*, WHO, 2012.



Fonte: World Health Organization (2012a, p. 13).

As boas notícias reveladas pela OMS (WHO) em 2012 são que as metas globais para deter e reverter a epidemia de tuberculose até o ano de 2015 já estão sendo alcançadas. De fato, o número de novos casos de tuberculose tem vindo a diminuir há vários anos e caiu a uma taxa de 2,2% entre 2010 e 2011. A taxa de mortalidade por tuberculose diminuiu 41% desde 1990 e do mundo está a caminho de atingir a meta global de 50% redução até 2015. As taxas de mortalidade e incidência são também vêm caindo em todas as seis regiões da OMS, em mais dos 22 países com alta carga que representam mais de 80% dos casos mundiais de tuberculose (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

No entanto, a carga global da TB continua enorme. Em 2011, havia uma estimativa de 8,7 milhões novos casos de tuberculose (13% coinfetados com HIV) e 1,4 milhão de pessoas morreram de tuberculose, incluindo quase um milhão de

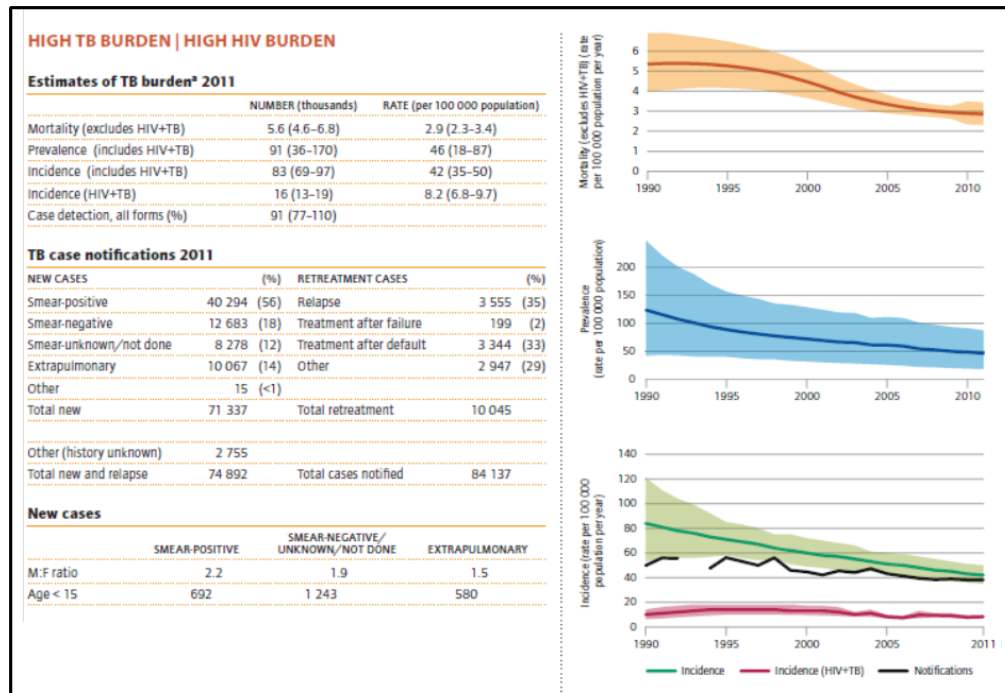
mortes entre os indivíduos HIV negativo e 430 000 entre as pessoas que eram HIV positivo. A tuberculose é uma das principais causas de morte de mulheres, com 300 000 mortes entre mulheres HIV-negativas e 200 000 mortes entre mulheres HIV-positivas em 2011. Também em 2011, foram notificados 5,8 milhões de casos diagnosticados para programas nacionais de controle da TB (PNCT), mais de 3,4 milhões do que em 1995. Contudo, deste número somente dois terços do total estimado de 8,7 milhões de pessoas que adoeceram por tuberculose em 2011. De modo geral, as taxas de sucesso do tratamento foram mantidas em níveis altos por vários anos. Em 2010, a taxa de sucesso de tratamento entre todos os novos casos diagnosticados foi de 85% e 87% entre os pacientes com baciloscopia positiva TB pulmonar (nos casos mais infecciosos) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação, SINAN NET (BRASIL, [20--]), só no ano de 2011, no Brasil foram confirmados cerca 41.117 dos casos notificados.

Ao longo dos anos, a caracterização da tuberculose no Brasil adquiriu as mais diversas e profundas modificações. Nos dias atuais, a configuração da tuberculose é muito diferente daquela apresentada há algumas décadas atrás, especialmente se enfatizado o comportamento que desperta na comunidade. E não foi só na representação que ela apresenta na sociedade que as mudanças surgiram, elas vieram também acompanhando as possibilidades terapêuticas, o diagnóstico, a configuração epidemiológica.

A Figura 1, a seguir, demonstra a situação atual da tuberculose no nosso país:

Figura 1. Situação atual da tuberculose no Brasil, 2011



Fonte: World Health Organization (2012b, p. 109)

Para a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em notícia publicada no seu *site*, o município de Juiz de Fora, em conjunto com mais 24 municípios do estado, são prioritários no controle da tuberculose. Compõem esta relação os seguintes municípios: Belo Horizonte, Betim, Carangola, Contagem, Coronel Fabriciano, Governador Valadares, Ibituripe, Ipatinga, Ituiutaba, Montes Claros, Muriaé, Ponte Nova, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Santa Luzia, São João Del Rei, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Timóteo, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Vespasiano. Juntos estes 24 municípios são responsáveis por 54,38 % dos casos de tuberculose do estado (MINAS GERAIS, 2007).

Nas Tabelas 1 e 2, a seguir, é demonstrada a evolução da frequência de notificações de tuberculose no município de Juiz de Fora:

Tabela 1. Evolução da frequência de notificações de tuberculose no município de Juiz de Fora-MG

| Ano Diagnóstico | Pulmonar | Extrapulmonar | Pulmonar + extrapulmonar | Total |
|-----------------|------------|---------------|-----------------------------|-------------|
| 2008 | 181 | 50 | 2 | 233 |
| 2009 | 156 | 60 | 8 | 224 |
| 2010 | 170 | 25 | 4 | 199 |
| 2011 | 218 | 47 | 6 | 271 |
| 2012 | 113 | 21 | 1 | 135 |
| Total | 838 | 203 | 21 | 1062 |

Fonte: Sinan-Net / DVEA / SSVS / SS / PJF

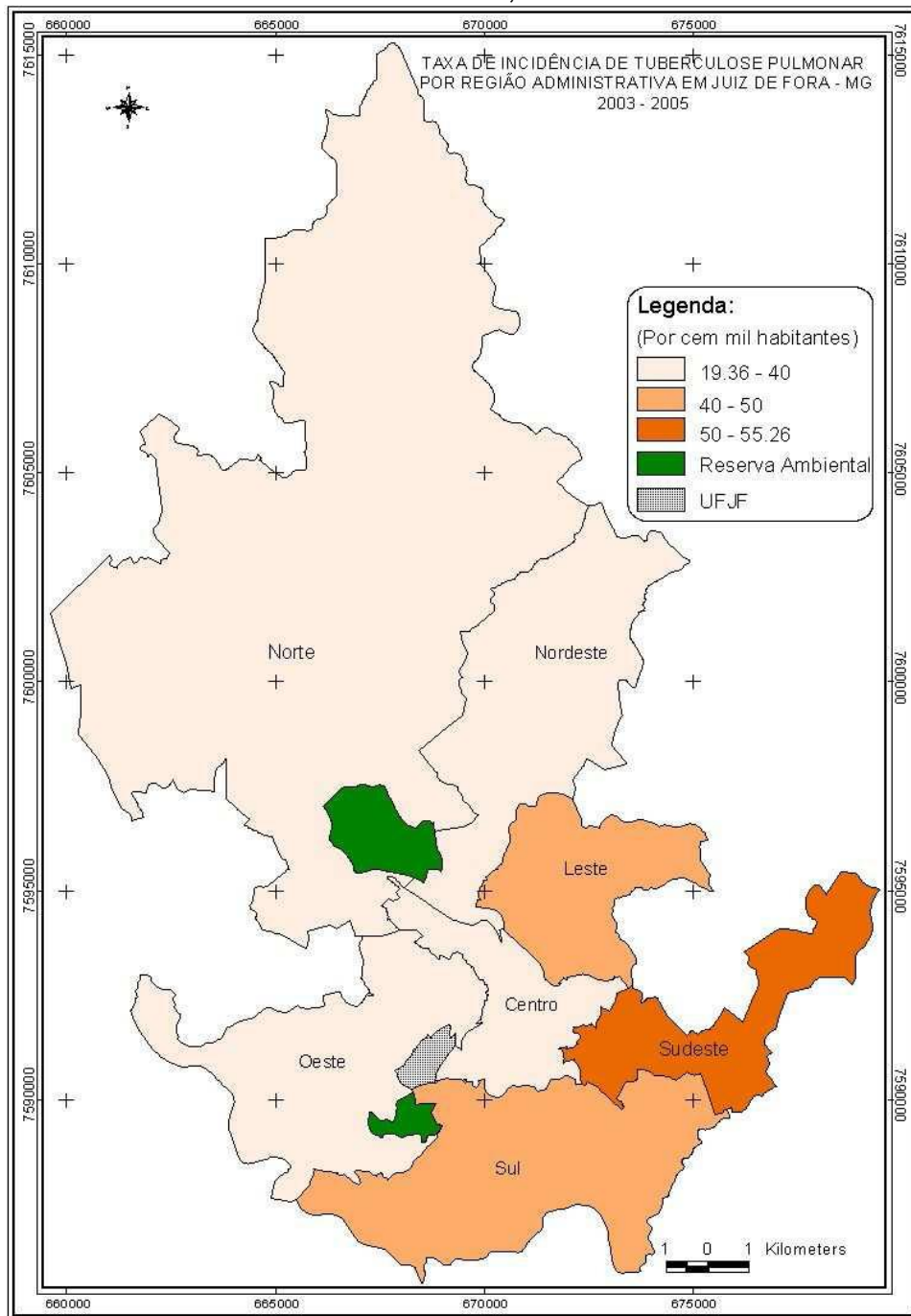
Tabela 2. Relatório tuberculose-residentes, forma pulmonar, no município de Juiz de Fora-MG

| Bairro de residência (Região Sudeste) | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|--|----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| Aracy | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Costa Carvalho | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Furtado de Menezes | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 5 |
| Jardim Esperança | 0 | 3 | 0 | 3 | 3 | 9 |
| Nossa S. de Lourdes | 4 | 0 | 1 | 2 | 0 | 7 |
| Santo Antonio | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Vila Ideal | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 7 |
| Vila Olavo Costa | 1 | 5 | 0 | 5 | 3 | 14 |
| Total | 6 | 15 | 8 | 19 | 13 | 61 |

Fonte: Sinan-Net / DVEA / SSVS / SS / PJF

Estudo realizado por Ângelo (2008), que retrata o espaço urbano de Juiz de Fora e a distribuição espacial da tuberculose, mostra como o município tem sido alvo da doença, retratando inclusive sua distribuição espacial, como é demonstrado no Mapa 3.

Mapa 3. Taxa de incidência de tuberculose pulmonar por região administrativa em Juiz de Fora – MG, 2003-2005



Fonte: Ângelo (2008, p. 89)

O interesse neste estudo surgiu a partir da minha prática profissional como enfermeira em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família, na qual trabalho há cinco anos. Neste período, muitos casos de TB foram diagnosticados e acompanhados por nossa equipe, e me despertou especial

interesse o fato de muitos deles estarem associados a recidivas e abandonos de tratamento. Casos de tuberculose com fins trágicos, tratamentos sem orientação, pacientes mal assistidos, casos de TB que poderiam ter outro desfecho se de fato a atenção Primária em Saúde estivesse capacitada e organizada para assistir os usuários da forma como as políticas estabelecem.

Convivi com situações na qual era evidente, por parte do nosso usuário, a falta de conhecimento sobre a doença TB, a demora no tempo decorrido entre o início dos sintomas e procura pelo serviço de saúde, o que fatalmente acabava por favorecer o aumento e a transmissão da doença e até mesmo a mortalidade.

No cotidiano do trabalho, pude experimentar a fragilidade no investimento de esforços concretos no sentido de controle da doença, haja vista a definição na rede assistencial do nosso município, que não possui um sistema efetivo de referência e contrarreferência entre as Unidades da Atenção Primária à Saúde e os Serviços Especializados de referência ou de maior complexidade. Enquanto profissional de saúde percebo a dificuldade do serviço de saúde pública em articular estratégias assistenciais em uma rede de serviços fragmentada, desarticulada e conseqüentemente insuficiente na oferta de um atendimento qualificado. Os usuários ficam por vezes, sem referência, sem acompanhamento, e até mesmo sem medicação devido a dificuldades de comunicação e de definição do fluxo de rede assistencial. E ainda, a TB, mesmo que muito antiga, ainda necessita de outros estudos, para alcançarmos êxitos no controle da doença.

Baseados na epidemiologia da doença em nosso município, nas vivências profissionais de acompanhamento e tratamento da doença, algumas exitosas, outras não, que surgiram alguns questionamentos: que conhecimento tem os usuários sobre sua doença e seu tratamento? Como os portadores de tuberculose vivenciam seu tratamento?

O objeto deste estudo são as representações das pessoas acometidas pela tuberculose e assistidas pela APS no município de Juiz de Fora - MG, sobre a doença e o seu tratamento.

Diante do objeto exposto, este estudo teve como objetivos:

- Descrever as representações sociais das pessoas portadoras de TB sobre a doença e seu tratamento;

- Analisar as representações sociais de pessoas portadoras de TB, assistidos pela Estratégia Saúde da Família sobre a doença e o tratamento de tuberculose.

2 REVISITANDO A LITERATURA SOBRE A TUBERCULOSE

*“Minha cama dava para o espelho.
Via em cada olho um halo negro;
as minhas faces estavam escavadas;
e tinha a sensação de que olhava o meu próprio cadáver.
Pedi, pelo amor de Deus,
que cobrissem o espelho com o lençol.”
(Nelson Rodrigues)*

2.1 A TUBERCULOSE E SUA HISTÓRIA

A doença TB já faz parte da humanidade há muito tempo. Seu conhecimento ocorreu na pré-dinastia egípcia e sua presença tem sido registrada sob os mais diversos aspectos desde 5.500 a.C. Há relatos de que Hipócrates (460-377 a.C) cuidara de pacientes cuja doença consumia o pulmão (DANIEL, V. S; DANIEL, T. M., 1999).

Ao considerar seu modo de transmissão que ocorre por via área de pessoa para pessoa, infere-se que à medida que as tribos foram diminuindo seu caráter nômade, criando aglomerados e aldeias, a doença, provavelmente, passou a ser mais citada e conhecida, pois a disposição de pessoas em áreas limitadas passou a ser mais comum, aumentando assim a possibilidade de transmissão (CONDE; SOUZA; KRITSKY, 2002).

Antunes, Waldman e Moraes (2000) narram a história da TB no decorrer dos séculos realçando seus ícones e significados. Tomo como ponto de partida as civilizações antigas, para as quais os males, as doenças, e por consequência a TB, eram considerados resultado de castigo divino. No entanto, este mito foi desconfigurado por Hipócrates, na Grécia antiga, quando formulou o conhecimento de que a TB era uma doença natural e que, pelo seu caráter de esgotamento físico, passou a denominá-la de “tísica” (do grego *phthisikos*, ou seja, que traz consumpção).

Para Conde, Souza e Kritsky (2002) os tempos remotos da doença TB ficou marcado como sendo a época de morrer cedo, de morrer jovem.

A tuberculose enquanto metáfora do século 19 apresenta todas as ambiguidades e contradições dessa época: a emergência, o capitalismo industrial e as representações do tuberculoso burguês e do tuberculoso pobre, à uma visão romântica da vida e da doença, contrapõe-se uma percepção realista do mundo, do homem como sujeito de sua história, capaz de intervir sobre a natureza e sociedade. Passa-se assim da medicina clínica à experimental, e a explicação biologisante da tuberculose contrasta com a abordagem psicanalítica da causação das doenças: ao mesmo tempo, deixando-se de lado o exacerbado individualismo do início do século, chega-se a uma visão coletiva das doenças como problemas sociais. (BARREIRA, 1992, p. 15).

Para Pôrto (2007), a tuberculose aparece representada de maneira ambígua em diferentes momentos da história. Até meados do século XX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico da tuberculose ainda não era uma realidade, a doença gerava sentimentos diversos quanto à sua superação, representados de variadas formas, tanto no nível individual como coletivo. A tuberculose era vista como uma doença mortal, como o resultado inevitável de uma vida dedicada a excessos. Portanto, em desacordo com os padrões socialmente aceitáveis, embora apresentando contornos distintos de acordo com a época.

Grande avanço na descoberta da doença TB deve-se ao fato do avanço no estudo da anatomia provenientes das autópsias realizadas em pacientes, datando a partir dos séculos XVII e XVIII. Toma-se maior conhecimento do corpo humano, partindo da identificação de estruturas, principalmente no pulmão dos doentes, com aspecto de tubérculos nas vísceras dos tísicos vitimados pela doença, a TB passa a ser mais bem compreendida e recebe finalmente o seu nome atual, tuberculose (CONDE; SOUZA; KRITSKY, 2002).

Na data de 24 de março de 1882, o médico alemão Robert Koch, em Berlim, Prússia, descobre o agente causador da tuberculose, chamado hoje de bacilo de Koch. Seus estudos lhe renderam o Prêmio Nobel em 1905 por seu trabalho em tuberculose (LONG, 2008)⁵.

Por volta de 1920, a ação governamental em saúde estivera dirigida preferencialmente às doenças de caráter epidêmico, como a varíola, a peste e a febre amarela, cujo impacto sobre a população ameaçava as políticas de incentivo à migração e ao desenvolvimento agrário. Sendo o atendimento aos tuberculosos concentrado nas Santas Casas, onde, no entanto, não havia áreas reservadas para o isolamento de doentes infectantes. As primeiras iniciativas voltadas à organização

⁵ Disponível em: <http://www.wired.com/science/discoveries/news/2008/10/dayintech_1024>.

de serviços diferenciados de atenção aos tuberculosos foram movidas no campo da filantropia, em especial por intermédio da Liga Brasileira contra a Tuberculose, no Rio de Janeiro e, em São Paulo, da Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos (CONDE; SOUZA; KRITSKY, 2002).

As representações da tuberculose começam a sofrer um processo de desmistificação no século XX, com os investimentos em políticas de saúde pública. A doença, já não mais expressão de uma mórbida elegância (como a sensibilidade romântica e a espiritualidade refinada), ganha contornos mais dramáticos, justamente por caracterizar sintomas evidentes de miséria social (PÔRTO, 2007).

Até a década de 40, o tratamento da TB era basicamente repouso e boa alimentação nos sanatórios, embora nos históricos também existam referências de tentativas de tratamentos cirúrgicos, como por exemplo, a ressecção de pedaços de pulmão com TB e a injeção de ar no espaço pleural promovendo o pneumotórax.

Com a descoberta dos antibióticos e os quimioterápicos, a partir de 1940 conseguiu-se então a cura da TB, nos anos seguintes. A estreptomicina é descoberta em 1944 e a isoniazida, descrita desde 1912, tem sua eficácia contra a tuberculose demonstrada em laboratório, em 1945. Na década de sessenta é instituído o esquema definitivo, usando três antibióticos ao mesmo tempo, que consegue curar 95% dos pacientes que utilizaram estes medicamentos diariamente por 18 a 24 meses durante sua internação nos sanatórios (CONDE; SOUZA; KRITSKY, 2002).

E partindo do exemplo europeu, o Brasil também desenvolveu as suas “estâncias climáticas” com grande número de sanatórios que ficaram famosos, em cidades como São José dos Campos, Campos de Jordão, Correias, Friburgo, e outras. Nossa história de luta contra a TB teve seu início no ano de 1900, quando foi criada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, sendo que em 1927, foram criados os primeiros preventórios para filhos de tuberculosos. Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, quando então aumentou ainda mais a atuação do estado na luta contra TB. Já em 1941, com intensificação das ações, é constituído o Serviço Nacional de Tuberculose e logo no ano seguinte, é lançada a Campanha Nacional contra a Tuberculose (CONDE; SOUZA; KRITSKY, 2002).

Como relatado, no Brasil, as atividades de controle da TB eram centralizadas nos estados, inclusive por não haver tratamento farmacológico para a

doença. Esta era uma orientação dos organismos internacionais, baseados em suas práticas de enfrentamento à doença.

Ao tomarmos conhecimento da história, percebemos que muitos foram os motivos que colaboraram para o aumento dos casos de TB no nosso país, como as crises socioeconômicas que atingiram nossa população com a consequente piora nas condições de vida e de moradia, aumento da pobreza, aumento concomitante da infecção pelo vírus da AIDS na população geral, taxas elevadas de TB resistente aos medicamentos usuais, em pacientes com tuberculose atendidos em hospitais gerais, frequentemente associada a AIDS e/ou outras doenças que diminuem imunidade, tais como câncer, transplante, uso de corticosteroide.

Na atualidade, não só em nosso município, mas no país como um todo é evidente a ausência de legislação apropriada e de prioridade no desempenho de ações efetivas de controle de TB em ambientes fechados como os hospitais, prisões e instituições de longa permanência para idosos. Em nossa rotina de trabalho, no desenho da rede assistencial, é notória a inoperância do sistema efetivo de referência e contrarreferência entre as UAPS e as Unidades de Saúde de referência ou de maior complexidade, fator este essencial na formação no tratamento da TB.

Antunes, Waldman e Moraes (2000) relatam que a história da tuberculose no Brasil consagrou ao longo do século XX vários símbolos de intenso significado para os doentes e para os estabelecimentos, programas e profissionais que se dedicaram à prevenção da doença. São objetos, procedimentos, instituições e outros elementos relacionados à doença, cuja marca se imprimiu de modo indelével na organização social. São conteúdos significativos que chegaram a impressionar o imaginário de uma sociedade que ainda hoje preserva a sua lembrança.

3 PLANO NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Os problemas da política de controle da tuberculose não serão satisfatoriamente resolvidos se forem tratados exclusivamente no âmbito técnico-normativo. Ao contrário, dependem de uma solução política, que envolve diferentes atores da sociedade e do estado na participação desse processo, implica discutir a prioridade da TB no SUS [e também do] desenvolvimento de mecanismos de integração inter-setorial. (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006, p. 43).

O Plano nacional de Controle da Tuberculose foi aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde em 1998, propondo o alcance de três grandes objetivos: a implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose nos mais diversos municípios, a agilidade no diagnóstico e tratamento e a redução em médio prazo, da incidência e mortalidade causada pela tuberculose. Trata-se de um instrumento utilizado pelo governo Federal para proporcionar o controle da tuberculose através de normas, políticas, estratégias, procedimentos, recursos e métodos destinados ao alcance dos objetivos definidos para o nosso país (SOUZA; TOCANTINS, 1999).

Destaca-se ainda dentro dos objetivos específicos do Plano (BRASIL, 1999), prevenir o adoecimento por TB nos infectados por meio da quimioprofilaxia e nos não infectados por meio da vacina; manter a cobertura adequada de vacinação de BCG; ampliar as atividades de coinfeção TB e HIV; aperfeiçoar o Sistema de Informação – SINAN; realizar uma avaliação epidemiológica anual e retroalimentar os serviços com divulgação dos resultados para fins de nova programação; realizar diagnóstico, acompanhamento e teste de sensibilidade às drogas usadas no tratamento da tuberculose, desenvolvidas pelos laboratórios; desenvolver ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social, nas esferas nacional, estadual e municipal, enfocando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde; sensibilizar e mobilizar gestores do SUS, líderes políticos, formadores de opinião para priorização da luta antituberculose; promover o acompanhamento da implantação, execução e fortalecimento das ações PNCT, bem como, da avaliação dos resultados.

O Plano de Controle da Tuberculose no Brasil destaca principalmente a importância de horizontalizar o combate a TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). E é por isso que concordamos ser

fundamental a integração do controle da TB com a Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Este Plano ainda enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais (BRASIL, 1999).

O referido Plano compreende uma série de programas integrados e reunidos, com objetivos compartilhados. Entende-se por Programa como sendo uma parte do Plano, reconhecido em um conjunto de atividades organizadas, coordenadas e integradas em todos os níveis SUS de cada município, como é o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (SOUZA; TOCANTINS, 1999).

Diante do cenário epidemiológico da doença o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, oficializou a intensificação de medidas para controle da doença, sendo uma delas PNCT, (BRASIL, 2004). O PNCT foi lançado pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2004, apresenta a tuberculose como uma doença de profundas raízes sociais que, além de estigmatizada como doença da pobreza, encontra-se agravada pela associação com a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) e o aparecimento de focos de tuberculose multidrogarresistente, tornando-se sério problema de saúde pública (BRASIL, 2004).

O PNCT está então integrado na rede de Serviços de Saúde e é desenvolvido por intermédio de ações unificadas, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações.

O PNCT é executado nos 26 estados brasileiros, no Distrito Federal e em 5.507 municípios. Cada unidade federativa possui um programa de controle da TB próprio, assim como que os maiores municípios (SANTOS FILHO, 2006).

Enfim, conclui-se que o Plano nacional de Controle da Tuberculose alcançará seu êxito se o PNCT, em cada unidade do sistema de saúde, alcançar suas metas de atividades em termos qualitativos e quantitativos (SOUZA; TOCANTINS, 1999).

3.1 A TUBERCULOSE FRENTE A NOVA PROPOSTA TERAPÊUTICA

No que diz respeito às drogas usadas para o tratamento da tuberculose, em 1979, o Brasil preconizou um sistema de tratamento para a TB, que era válido até então, composto pelo Esquema I (2RHZ/4RH) para os casos novos; Esquema I reforçado (2RHZE/4RHE) para retratamentos; Esquema II (2RHZ/7RH) para a forma meningoencefálica; e Esquema III (3SZEEt/9EEt) para falência⁶.

Desde então, todos os casos com baciloscopia negativa e suspeita clínica e/ou radiológica de TB devem ter cultura solicitada e serem encaminhados para elucidação diagnóstica em uma referência. O tratamento para caso suspeito de tuberculose sem comprovação bacteriológica pode ser iniciado por diagnóstico de probabilidade após tentativa de tratamento inespecífico, com antimicrobiano de largo espectro (evitar uso de fluoroquinolonas em suspeita de TB por seu potencial uso em tratamentos especiais), sem melhora dos sintomas e criteriosa avaliação clínica. Uma vez iniciado o tratamento, ele não deve ser interrompido, salvo após uma rigorosa revisão clínica e laboratorial que determine mudanças de diagnóstico (LOPES, 2009).

Em 2009, o PNCT, juntamente com o seu Comitê Técnico Assessor revisou o esquema de tratamento da TB no Brasil. Baseado nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos medicamentos anti-TB, que mostrou aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4 para 6,0%), introduz o Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do Esquema básico.

No eixo da terapêutica medicamentosa, o novo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011a) apresenta como princípios do tratamento

⁶ Siglas adotadas pela OMS, para referência aos medicamentos de tratamento da TB: **S**= estreptomicina; **Et**= etionamida; **E**= etambutol; **Z**= pirazinamida; **R**= rifampicina; **H**= isoniazida; **Z**= pirazinamida.

A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o tratamento, evitando a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos e, assim, assegurando a cura do paciente. A esses princípios soma-se o TDO como estratégia fundamental para o sucesso do tratamento. O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão. (BRASIL, 2011a, p. 56).

Estas novas recomendações também orientam que o tratamento será desenvolvido sob-regime ambulatorial, diretamente observado (TDO) e a hospitalização é recomendada em casos especiais e obedecendo as seguintes prioridades: meningoencefalite tuberculosa, intolerância aos medicamentos anti-TB incontrolável em ambulatório, estado geral que não permita tratamento em ambulatório, intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não à TB que necessitem de tratamento e/ou procedimento em unidade hospitalar, casos em situação de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multirresistência. Reforça-se que o período de internação deve ser reduzido ao mínimo possível, se limitando ao tempo suficiente para atender às razões que determinaram sua indicação.

A apresentação farmacológica deste esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE), nas seguintes dosagens: R 150 mg, H 75 mg, Z 400 mg e E 275 mg (BRASIL, 2011a).

A recomendação e apresentação farmacológica são as preconizadas pela OMS e utilizadas na maioria dos países, para adultos e adolescentes. Para as crianças (abaixo de 10 anos), permanece a recomendação do Esquema RHZ.

Uma mudança importante no sistema de tratamento da tuberculose é a extinção do Esquema I reforçado e do Esquema III. Para todos os casos de retratamento será solicitada cultura, identificação e teste de sensibilidade, iniciando-se o tratamento com o Esquema básico, até que se obtenha o resultado desses primeiros esquemas.

Em todos os esquemas, a medicação é de uso diário e deverá ser administrada em uma única tomada (Quadro 1).

Quadro 1. Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes

| Regime | Fármacos | Faixa de peso | Unidade/dose | Meses |
|-------------------------------|--|---------------|--|-------|
| 2 RHZE Fase Intensiva | RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada | 20kg a 35kg | 2 comprimidos | 2 |
| | | 36kg a 50kg | 3 comprimidos | |
| | | > 50kg | 4 comprimidos | |
| 4 RH Fase de manutenção | RH Comprimido ou cápsula de 300/200 ou de 150/100 ou comprimidos de 150/75* | 20 a 35kg | 1 comprimido ou cápsula de 300/200mg ou 2 comprimidos de 150/75* | 4 |
| | | 36kg a 50kg | 1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg ou 3 comprimidos de 150/75* | |
| | | > 50kg | 2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75* | |

Obs.: ¹ O esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e está recomendado o uso de Piridoxina (50mg/dia) durante a gestação pela toxicidade neurológica (devido à isoniazida) no recém-nascido.
* As apresentações em comprimidos de Rifampicina/Isoniazida de 150/75mg estão substituindo as apresentações de R/H 300/200 e 150/100 e deverão ser adotadas tão logo estejam disponíveis.

Fonte: Brasil (2011a, p. 62)

Algumas particularidades devem ser consideradas no tratamento infantil, como por exemplo, em crianças menores de cinco anos, que apresentem dificuldade para ingerir os comprimidos, recomenda-se o uso dos medicamentos em forma de xarope ou suspensão (Quadro 2).

Quadro 2. Esquema básico para tratamento de TB em crianças (<10 anos)

| Fases do tratamento | Fármacos | Peso do doente | | | |
|-------------------------------|----------|----------------|--------------|--------------|--------|
| | | Até 20kg | >21kg a 35kg | >36kg a 45kg | > 45kg |
| | | mg/kg/dia | mg/dia | mg/dia | mg/dia |
| 2 RHZ Fase de Ataque | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | Z | 35 | 1000 | 1500 | 2000 |
| 4 RH Fase de manutenção | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |

Fonte: Brasil (2011a, p. 62)

Importante destacar, que o novo Manual de Recomendações de Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2011), define as unidades de atendimento segundo a situação de tratamento do paciente e unidades de atendimento. Dessa forma, são definidas as seguintes classificações:

- Caso novo: (Pacientes que nunca se submeteram ao tratamento anti-TB, ou o fizeram por até 30 dias). Indicação para o Esquema Básico e seu atendimento e acompanhamento será na Atenção Primária.
- Com tratamento anterior: (Recidiva após cura (RC) e Retorno após abandono (RA). Indicação para o Esquema Básico até o resultado da cultura e TS, e seu acompanhamento deve ser na Atenção Primária com possibilidade de Referência terciária (dependendo do resultado do Teste de Sensibilidade - TS).
- Falência por multirresistência, mono e polirresistência ao tratamento anti-TB: Esquemas Especiais para mono/poli e multirresistência, e unidade de referência terciária.

É função de todo serviço de saúde oferecer aos usuários a garantia de que toda a pessoa com diagnóstico de tuberculose venha a ser, sem atraso, adequadamente tratada.

4 DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

*“Descansem o meu leito solitário
Na floresta dos homens esquecida
À sombra de uma cruz e escrevam nela:
Foi poeta, sonhou e amou a vida.”
(Álvares de Azevedo)*

4.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO PARA INVESTIGAÇÃO

No dia a dia de trabalho na Unidade de Atenção Primária à saúde, por vezes me deparo com pessoas em tratamento terapêutico para tuberculose, algumas acompanhadas pelo nosso serviço de saúde, outras acompanhadas pela unidade ambulatorial no nível secundário, alguns iniciando tratamento (caso novo), outros recomeçando tratamento (caso recidivo). E cada uma destas pessoas, com suas singularidades, me fizeram por vezes refletir sobre a prática assistencial oferecida em nosso município. E diante desta reflexão, percebo o grande desafio que é associar as normas técnicas e rotinas do PNCT com a individualidade humana, sendo de fundamental importância conhecer a representação social que os pacientes têm sobre o seu tratamento.

Diante disto, os pressupostos da representação social se apresentam como sendo coerentes para fundamentar teoricamente o alcance dos objetivos propostos, uma vez que as questões da tuberculose podem ser representadas pelo portador da doença. A tuberculose, enquanto doença milenar, cheia de mitos e histórias, cria na sua imagem um mundo de dúvidas, incertezas e conflitos, podendo ser relevante para a área de saúde a construção de um conhecimento baseado na representação social que acolhe valores, concepções e crenças de sujeitos inseridos em determinado cenário social.

Esta consideração é reforçada por Tura (1998) ao trazer importância de se realizar estudos no campo das representações sociais relacionadas aos aspectos da vida social face aos fenômenos e processos saúde/doença, uma vez que permitem

apreender processos e mecanismos desenvolvidos pelos sujeitos em suas relações sociais que deem sentido ao objeto de estudo.

A representação social marcou a ciência social na França no século XIX, passando posteriormente por um longo período de “esquecimento”. Contudo, foi no século XX, a partir da década de 60, que seu conceito veio novamente para evidência a partir de um estudo realizado por Serge Moscovici que tratava da difusão da psicanálise e sua integração à cultura francesa, difundindo-a para diversos países e incorporando-a na pesquisa de diversas áreas do conhecimento como, por exemplo, a psicologia, sociologia, educação e saúde.

Reigota (1995) descreve que as representações sociais se igualam no valor de conjunto e princípios construídos interativamente e compartilhados por diferentes grupos, que lhes permitem não só compreender, mas transformar a realidade em que vivem.

Partindo da ideia de que é essencial assumir o conhecimento de que cada grupo social tem a sua representação que lhe é muito individual e específica, e que esta representação é diretamente influenciada pelo meio social no qual convive. Para Almeida (2009), é assim que compreendemos o que cada pessoa traz consigo e que impulsiona a viver é subjetivo e, ao mesmo tempo, social, portanto é objeto de representação social.

Para Goofman (1988), com frequência, doenças como a tuberculose estão associadas, na imaginação, a crenças tradicionais sobre a natureza moral da saúde, da enfermidade e do sofrimento humano. Essas enfermidades acabam por simbolizar muitas das ansiedades que as pessoas têm, como é o caso da punição divina. Em suas mentes, essas enfermidades são mais do que uma simples condição clínica, elas se tornam metáforas da vida cotidiana.

Segundo Jodelet (2001), este cenário de desconhecimento e incertezas sobre a doença, contribui para a construção de duas representações, uma moral e outra biológica que fizeram reemergir valores, pensamentos e saberes preexistentes, determinantes no processo de construção representativa dos diversos grupos sociais.

Moscovici (2003), ao descrever a representação social enfatiza:

A teoria das representações sociais [...], toma, como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade. (MOSCOVICI, 2003, p. 79).

Para Jodelet (2001), uma característica marcante da representação social é a forma de conhecimento resultante do senso comum, aquela que é compartilhada e elaborada socialmente, ou seja, que permite a construção de uma realidade comum aos indivíduos pertencentes ao grupo social, como no caso deste estudo, as pessoas em tratamento de tuberculose. A autora ressalta que ao estudar as representações sociais, deve-se buscar meios de articulação entre os mais diversos campos, sendo eles os afetivos, sociais e mentais, valorizando sempre a cognição, a linguagem e a comunicação.

Esta reflexão é também reforçada por Moscovici (2003), ao discorrer sobre a afirmativa de que o comportamento de indivíduo que está inserido em um grupo é significativamente influenciado pelas representações criadas pela sua coletividade, sendo estas representações entendidas quase como objetos materiais, por serem provenientes das ações e comunicações das pessoas.

De acordo com Jovchelovitch (2008):

A teoria das representações sociais se articula tanto com a vida coletiva de uma sociedade, como com os processos de constituição simbólica, nos quais sujeitos sociais lutam para dar sentido ao mundo, entendê-lo e nele encontrar o seu lugar, através de uma identidade social. (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 65).

Nesta mesma concepção Abric (1998, p. 28), afirma que “a representação social é, ao mesmo tempo, o produto e o processo de uma atividade mental, através da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual ele se confronta e para qual ele atribui significado específico”. Segundo este mesmo autor, as representações sociais exercem papel fundamental na dinâmica das relações sociais e práticas, uma vez que elas respondem as funções de saber, que permitem compreender e explicar a realidade; as funções identitárias, que definem a identidade e permitem proteger a especificidade do grupo, funções de orientação que guiam os comportamentos e as práticas e, por fim, as funções justificadoras, que permitem a justificativa das tomadas de posição e comportamento.

Acreditando na contribuição desse referencial para os estudos que têm como objeto as questões de saúde e de adoecimento, optamos em estudar o tema da tuberculose no contexto da Estratégia Saúde da Família, ancorado neste referencial. Pois, acreditamos que o mesmo possibilitará conhecer os processos e mecanismos pelos quais este grupo de pacientes se articula, constituindo o sentido da doença e suas repercussões em seu cotidiano. E a partir daí, revelar vivências e práticas desenvolvidas e divididas pelos sujeitos, constituindo então afirmativa simbólica da pertença e identidade.

4.2 O MÉTODO ESCOLHIDO PARA O ESTUDO

Optamos pelo método de investigação qualitativa. Este tipo de enfoque da pesquisa corresponde à forma de compreender e analisar a realidade, privilegiando os aspectos conscienciais, subjetivos dos autores, percepções, processos de conscientização, de compreensão do contexto cultural, da realidade a – histórica, de relevância dos fenômenos pelos significados que eles têm para o sujeito (TRIVIÑOS, 2007, p. 117). Desse modo, nesse estudo, a escolha pelo método qualitativo é apropriado, uma vez o fenômeno que se pretende estudar apresenta cunho social, e não apresenta tendência à quantificação, pelo contrário, enfatiza valores, opiniões, sentimentos, crenças e outros aspectos que envolvem a convivência com a doença tuberculose.

Para Minayo (2008), a pesquisa qualitativa é aquela que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

De acordo com Chizzotti (2000), a pesquisa qualitativa tem como fundamento a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, caracterizada por uma independência viva entre o sujeito e o objeto e por um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O autor enfatiza que, neste tipo de pesquisa, o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento, além de interpretar fenômenos e, dando-lhes significado, pois o objeto não é um dado neutro, e sim repleto de significados e relações que os sujeitos concretos criam em suas ações.

Assim como se pretendeu nesta investigação, a pesquisa qualitativa busca responder conflitos relacionados à experiência social, e as representações a ela atribuídas. Assim sendo, os objetivos deste estudo justificam a escolha da metodologia qualitativa.

4.3 O CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário deste estudo teve como referência as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), localizadas na região administrativa Sudeste do município de Juiz de Fora. Esta região apresentou no período de 1997 a 2005, o espaço com maior taxa de incidência de tuberculose pulmonar, correspondendo a 56,26 e 56,74 (por cem mil habitantes) conforme mostra o resultado do estudo de Ângelo (2008). Tomamos como referência de cenário a Atenção Primária em Saúde por ser a “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde, como também de atenção continuada à saúde para a grande parte da população.

Segundo informação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, o município possui 59 UAPS divididas da seguinte forma: 36 trabalham no modelo da Estratégia Saúde da Família (duas urbanas e quatro rurais), duas se organizam no modelo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e dezenove UAPS no modelo tradicional, ou seja, sem equipe de saúde da família (dez urbanas e nove rurais). A divergência no somatório final de UAPS é atribuída ao fato de algumas equipes da área rural atenderem em mais de uma localidade (UAPS).

Em nosso país, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, sendo essencial a proximidade com o da vida das pessoas. Deve ser considerada pelas pessoas, seu contato preferencial, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Diante destas considerações faz-se fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Contudo, foram incluídas somente as UAPS com o modelo da Estratégia Saúde da Família, já que estas, segundo Andrade, Bueno e Bezerra (2006), estão

operacionalizadas mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação e reabilitação e cuidados das equipes de saúde da família, comprometidas com a assistência à saúde, focada na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida. Este modelo de assistência é condizente para o acompanhamento e tratamento, quando pensamos na pessoa vivendo com tuberculose, suas possibilidades de abandono, falência, seleção de bacilos multirresistentes, e até mesmo a morte.

Após a obtenção da autorização institucional para realizar a pesquisa iniciamos nossa busca aos participantes.

Na região Sudeste de Juiz de Fora existem 6 UAPS, sendo que 5 trabalham no modelo de Estratégia Saúde da Família. Contudo, somente em 4 destas unidades foram identificadas pessoas em tratamento de tuberculose, que atendiam aos critérios para participação deste estudo.

4.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram selecionadas para este estudo, 12 pessoas que receberam o diagnóstico de tuberculose pulmonar no ano de 2012 e que ainda estavam submetidas ao tratamento, o que corrobora com o argumento de Chizzotti (2000), de que todas as pessoas que vivenciam uma dada realidade podem contribuir para compreendê-la, uma vez que inseridos em um determinado contexto, determinam suas ações e estratégias bem como estabelecem seus estilos de vida, e dessa forma, fornecem maior clareza a compreensão dos processos que orientam os comportamentos adotados.

Tomamos como critérios de inclusão dos participantes: Idade igual ou maior 18 anos, que estavam em tratamento farmacológico de tuberculose durante o período da coleta de dados, casos novos ou não e sendo indiferente a fase do tratamento no qual se encontravam no momento da entrevista. Os participantes eram residentes na área de abrangência das UAPS, localizada na região administrativa Sudeste, do município de Juiz de Fora e que aceitaram participar

voluntariamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Os seguintes critérios de exclusão foram adotados: Idade menor que 18 anos. Aqueles que não estavam em tratamento mesmo com diagnóstico, pacientes com diagnóstico de tuberculose multirresistente (pois estes não são acompanhados pela APS), pacientes que se recusaram a participar na entrevista, pacientes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou aqueles que em qualquer momento da pesquisa desejaram deixar de fazer parte do estudo.

Não foi considerado o tipo de tratamento para a seleção dos participantes, podendo estar tanto em tratamento supervisionado como em terapia autoadministrada.

4.5 A APREENSÃO DAS INFORMAÇÕES

A princípio foi feito um levantamento junto com a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, no Departamento de Vigilância Epidemiológica, das pessoas que estavam em tratamento para TB, através da seleção das fichas de notificação. Em seguida, foram selecionadas aquelas cujas pessoas eram residentes na área de abrangência delimitada como cenário de estudo. Após levantamento dos possíveis participantes, foi realizado um primeiro contato com a UAPS de referência do indivíduo, na tentativa de agendamento de uma visita. Nas UAPS nas quais foi possível realizar a entrevista, foi feito um reconhecimento e ambientação do local, de modo que familiarizasse com a rotina de funcionamento e dinâmica assistencial, especialmente das pessoas com tuberculose.

Ressalto que quando as UAPS de referência não tinham conhecimento do participante em questão, o contato inicial foi feito diretamente com a pessoa, via telefone ou mesmo pessoalmente por meio de visita domiciliar.

Nesse primeiro contato com a pessoa em tratamento de tuberculose, foi apresentado o projeto, os objetivos da pesquisa, sendo então solicitada a sua participação voluntária, a autorização para gravação da entrevista e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Nesta ocasião,

foi assegurado ao participante o seu anonimato quando da divulgação dos resultados.

Para apreensão das informações optamos pela entrevista, que foi semiestruturada (Apêndice B) por permitir ao entrevistador fazer adaptações e considerações necessárias ao entrevistado, liberdade para falar sobre o tema, relacionando-o com outras questões se assim desejar.

Para Cruz Neto (1995), a entrevista não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se define como meio de coleta dos fatos relatados pelos autores, como sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

A entrevista semiestruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas dos informantes. Surgem espontaneamente ao informante sua linha de pensamento e suas experiências dentro do enfoque principal direcionado pelo pesquisador, inserindo desta forma sua participação na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 2007).

As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro de 2012 a janeiro de 2013. Cada entrevistado foi identificado por um pseudônimo.

Os questionamentos que nos permitiram o acesso às representações elaboradas pelos sujeitos foram:

- Como você descobriu que estava com tuberculose?
- O que você sabe sobre a Tuberculose? O que ela significa na sua vida?
- Como têm sido sua rotina de vida desde que você começou o tratamento anti-TB. Quantos medicamentos você toma por dia?
- O que representa para você este tratamento que está realizando?

4.6 PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES

Para organizar e analisar as representações apreendidas, o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2008), foi o selecionado, sendo elucidado

pela autora que a mesma é um conjunto de técnicas de comunicação e que não são rigorosamente definidas e nem inflexíveis.

Seguindo a mesma perspectiva, Vala (1986, p. 104) ressalta que “o material sujeito à análise de conteúdo é concebido como o resultado de uma rede complexa de condições de produção, cabendo ao analista construir um modelo capaz de permitir inferências sobre uma ou várias condições de produção”.

Segundo Chizzotti (2000, p. 98), “análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento”. Soma-se a esta definição o conceito de Minayo (2008) que define a análise de conteúdo como uma técnica de tratamento e inferências sobre dados, através de procedimentos padronizados. Esta técnica pode ser aplicada à análise de textos escritos ou de comunicação, como no caso do estudo em questão.

Para Minayo (2008), a análise do conteúdo parte de uma leitura em primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Desse modo, a análise do conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, conteúdo cultural e processo de produção de mensagem.

Chizzotti (2000) afirma que o objetivo da análise de conteúdo é interpretar e compreender o significado das comunicações seja ele explícito ou oculto. Bardin (2008, p. 46) afirma ainda que este método de análise “visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares”.

Dentro das modalidades de análise de conteúdo, fizemos a opção pela análise temática, seguindo as três etapas propostas por Bardin (2008): 1) Pré-Análise: diz respeito à escolha dos documentos que serão analisados mediante a leitura flutuante e organização do material escolhido para delimitar o Corpus da investigação, que deverá estar permeado de exaustividade, representatividade e homogeneidade. A Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos consideram a leitura exaustiva dos documentos selecionados e, se necessário, a reformulação das indagações. 2) Exploração do Material: refere-se à codificação e classificação

dos dados e, consecutivamente, a escolha das categorias teóricas específicas dos temas. 3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: consiste na imposição de relações, inferências e interpretações do analista, sustentando cientificamente as informações colhidas.

E por meio desta forma de análise do conteúdo, identificamos as representações das pessoas que estão com tuberculose sobre o adoecimento e seu tratamento de tuberculose.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Obedecendo aos princípios éticos e legais das normas de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), antes de iniciar a coleta de dados o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sendo a coleta de dados iniciada somente após a aprovação do mesmo.

Os participantes da pesquisa foram orientados quanto aos objetivos do estudo, sendo obedecidos os direitos de anonimato e podendo eles se desligarem da pesquisa a qualquer momento. No decorrer deste estudo foram garantidos os princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, conforme foi informado pelos indivíduos no termo de consentimento livre e esclarecido. O Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF aprovou este projeto de pesquisa sob número de Certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) 02537112.5.0000.5147 e número de parecer 100.277 (Anexo A).

Foi realizada solicitação para coleta de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Juiz de Fora, que concedeu a autorização por meio de assinatura de documento (Anexo B), permitindo assim a entrada no cenário de estudo.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

*“A febre me queima a fronte / E dos túmulos a aragem
Roça-me a pálida face / Mas no delírio e na febre
Sempre teu rosto contemplo.
Eu soffro; o corpo padece / E minh'alma se estremece
Ouvindo o dobrar de um sino.”
(Casimiro de Abreu – No Leito)*

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Apresentamos a seguir a caracterização dos participantes desta pesquisa, a partir das entrevistas realizadas (Quadros 3 e 4). Esta caracterização nos possibilita conhecer melhor o grupo abordado e nos permitirá uma análise mais contextual do grupo, com destaque para os dados socioeconômicos, embora estes não tenham sido estabelecidos como um dos objetivos da pesquisa. Ressalto que os nomes atribuídos aos participantes são fictícios, para garantia do seu anonimato.

Quadro 3. Caracterização socioeconômica dos sujeitos do estudo (n = 12)

| Participantes | Idade | Sexo | Grau de escolaridade (anos completos) | Situação conjugal | Profissão/ ocupação | Situação atual de trabalho | Renda familiar/ individual | peçoas que residem em seu |
|---------------|-------|------|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Maria A. | 42 | F | 2º grau completo | V | Vendedora | Licença médica (INSS) | 1 sal. mín. | 5 |
| Maria R. | 42 | F | 2º grau completo | S | Aux. serv. gerais | Empregada com carteira assinada | 1 sal. mín. | 3 |
| José N. | 24 | M | 5ª série | S | “biscates” | Desempregado | 1 sal. mín. | 3 |
| José R. | 48 | M | Alfabetizado | S | Servente de pedreiro | Licença médica (INSS) | 1 sal. mín. | 4 |
| José L. | 34 | M | 1º grau completo | D | Serralheiro/ pintor | Desempregado | 1 sal. mín. | 2 |
| José P. | 42 | M | 5ª série | S | Jardineiro | Empregado com carteira assinada | Não quis declarar | 10 |
| José S. | 45 | M | 8ª série | V | Pintor | Aposentado | 1 sal. mín. | 2 |
| José F. | 54 | M | 2º grau completo | V | Op. const. de blocos de cimento | Licença médica (INSS) | 1 sal. mín. | 2 |

| | | | | | | | | |
|---------|----|---|--------------|---|-------------------|----------------------------|---------------------------|--------------|
| José C. | 42 | M | 4ª série | S | Serv. gerais | Emp.s/ cart. assinada (ZR) | 600,00 | Mora sozinho |
| José M. | 29 | M | 8ª série | S | Carpinteiro | Desempregado | 500,00 (renda de aluguel) | Mora sozinho |
| José B. | 31 | M | 5ª série | S | Motorista | Aposentado | 1 sal. mín. | Mora sozinho |
| José G. | 57 | M | Alfabetizado | V | Trabalhador rural | Aposentado | – | Mora sozinho |

Fonte: Dados da pesquisa

Total de participantes: 12

Legenda: M: masculino; F: feminino; S: solteiro(a); V: viúvo(a); D: divorciado(a); Aux. serv. gerais: Auxiliar de serviços gerais; Op. const.: operário de construtora; Emp. s/cart. assinada (ZR): empregado sem carteira assinada (Zona rural); sal. mín.: 1 salário mínimo

Quadro 4. Caracterização dos sujeitos quanto à situação e fase do tratamento (n = 12)

| Participante | Situação do tratamento | Fase do tratamento |
|--------------|------------------------|--------------------|
| Maria A. | Retratamento | Fase intensiva |
| Maria R. | Caso Novo | Fase intensiva |
| José N. | Caso novo | Fase de manutenção |
| José R. | Retratamento | Fase de manutenção |
| José L. | Retratamento | Fase de manutenção |
| José P. | Caso Novo | Fase de Manutenção |
| José S. | Caso Novo | Fase intensiva |
| José F. | Retratamento | Fase de manutenção |
| José C. | Caso Novo | Fase intensiva |
| José M. | Retratamento | Fase intensiva |
| José B. | Caso Novo | Fase intensiva |
| José G. | Caso Novo | Fase intensiva |

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com esses dados, ressaltamos que dos 12 entrevistados, 4 encontravam-se na faixa etária compreendida entre os 24 e 34 anos, 5 entre a faixa etária de 35 a 44 anos e 3 na faixa etária entre 45 e 57 anos. A idade média dos entrevistados é de 36 anos, com uma mediana de 42 anos, sendo a menor idade 24 anos e a maior idade 57 anos. No Brasil, o grupo na faixa etária que vai dos 20 a 49 anos é o mais atingido pela tuberculose, contemplando cerca de 63% dos casos novos da doença registrados em 2009 (PILLER, 2012).

Em relação ao sexo, 83% dos entrevistados são do sexo masculino, sendo os demais do sexo feminino. Estes dados reforçam a informação trazida por Piller (2012), em seu estudo que afirma que, no Brasil, a tuberculose tem o dobro de incidência nos homens (49,16/100.000 habitantes) em relação às mulheres (24,6/100.000 habitantes).

Do total dos participantes, 2 deles eram apenas alfabetizados, 3 com 2º grau completo, 1 com o 1º grau completo e os 6 restantes não chegaram a concluir o 1º grau.

Em relação à situação conjugal, nenhum deles se declarou como casado, sete informaram estar solteiros, quatro viúvos e um divorciado.

Quando questionados sobre sua atual situação de trabalho, os 12 entrevistados apresentaram as mais distintas respostas como descrito na tabela acima, contudo 25% relatam estar desempregado, 25% se declaram como aposentado, 25% estão recebendo benefício do INSS devido condição de saúde e 25% referem estar trabalhando no momento, sendo que, deste percentual, 66,6% são trabalhadores formais, ou seja, com carteira assinada e os demais 33,3% se enquadram como trabalhadores informais, ou seja, sem carteira assinada.

Em aproximadamente 92% das entrevistas, a renda individual/familiar não ultrapassou o salário mínimo (R\$622,00 na ocasião da entrevista). Sendo que o percentual restante não quis informar sua renda.

No que diz respeito ao número de pessoas residentes no mesmo domicílio, especulando a possibilidade de contatos respiratórios, 92% relatam morar com até 5 pessoas, sendo aproximadamente 8% os que moram em habitações com número de pessoas superior a 5.

Em estudo realizado por Santos e colaboradores (2007), eles apresentavam estas características ao evidenciar que quando são apresentadas as variáveis socioeconômicas, sempre há uma evidência para os anos de instrução/analfabetismo, renda por responsáveis pelo domicílio e moradores por domicílio, fato evidenciado também por outros pesquisadores que afirmam que, dentre os indicadores mais importantes para mensurar o nível socioeconômico associado à saúde da população, encontra-se o nível de instrução, a renda e a ocupação.

Na universo de 12 participantes, 7 deles se enquadram na classificação de “caso novo”, 5 compõem o grupo de “retratamento ou tratamento anterior”, sendo que nenhum dos entrevistados se enquadraram na categoria “falência”. Ressaltamos

ainda, que no total de 12 participantes, 7 deles estão na fase intensiva de tratamento e 5 na fase de manutenção.

Em Brasil (2011b), são atribuídas as seguintes definições para efeito de indicação de esquemas terapêuticos: Caso novo ou virgem de tratamento (VT), são aqueles que nunca realizaram o tratamento anti-TB, ou que se submeteram a ele por no máximo 30 dias; Retratamento ou tratamento anterior (TA): são considerados os casos em que a pessoa já tenha se submetido ao tratamento anti-TB por mais de 30 dias e que nesta circunstância precisa de novo tratamento por motivo de recidiva após cura (RC) ou mesmo pelo fato de ter abandonado tratamento e estar retomando o mesmo (RA). Para a classificação de “falência” incluem-se usuários que ao final de um tratamento, mantêm a positividade na amostra do escarro, como também aqueles que mantêm a positividade até o 4º mês após início de tratamento, ou aqueles com positividade inicial seguida de negatificação e posteriormente apresenta positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento.

Para situação de caso novo, é indicado o esquema básico de tratamento, devendo este ser realizado na atenção básica e nos casos de tratamento anterior: RC e RA, também é indicado o esquema básico até o resultado da cultura e teste de sensibilidade (TS), podendo o tratamento ser realizado na atenção básica com possibilidade de referência terciária dependendo do resultado do TS (BRASIL, 2011b).

Diante da exposição desta informação, compartilharemos então as categorias elencadas para o estudo, reveladoras do conteúdo das representações sociais da tuberculose, a partir de uma análise das falas dos entrevistados.

5.2 REPRESENTAÇÕES SOBRE O DESCOBRIR E SENTIR A DOENÇA TUBERCULOSE

Nesta categoria, apresentou-se como as pessoas diagnosticadas com tuberculose, descobriram sua doença, a partir dos primeiros sinais e sintomas e as dificuldades vivenciadas.

Mesmo apresentando sinais e sintomas peculiares à doença, muitos dos entrevistados não os associavam à possibilidade de estarem em processo de adoecimento pela tuberculose.

Tosse... Tosse escarrando bastante né, tinha mais de um mês que eu tava assim, me dá até ânsia de vômito quando começa me dá aquela tosse, coisa horrível, eu chegava a vomitar bastante, até catarro eu vomitava . Eu não tossia direito, eu não respirava, eu tinha falta de ar demais da conta não podia dar dois passos. Até hoje ainda sinto mucado ainda, se eu andar 10 minutos tenho que dá uma parada, porque dá uma doidera de tosse. Tem o cansaço e tosse (José F.).

[...] eu já tava tossindo muito, não parava de tossir, tava tossindo pra caramba, toda hora. Mas eu fumo, né... (José N.).

Olha esse problema meu eu descobri sem querer, eu tava com a garganta doendo demais, tinha uma tosse que não acabava nunca, não tava conseguindo tomar água, não tava conseguindo alimentar e eu fiquei falando pro cara lá que eu tava com problema na garganta. [...] Mais de um mês e quinze dias, desde o ano passado eu vinha sentindo isso, muito mal. Eu ainda tinha muita febre, assim às vezes que eu tava lá na roça, porque lá e na roça e, às vezes eu sentia frio e não tava frio, eu sentia uma frieza no corpo, que não aguentava, já não comia mais nada. Aí que eu fui lá no médico ele me falou direitinho que quando eu acabasse o tratamento eu ia ver que num era garganta, eles falaram que minha garganta tava irritada porque eu tava tossindo muito e escarrando muito... (José C.).

Conde e colaboradores (2009) reforçam que a tosse, que se prolonga por mais de duas semanas, é o primeiro sintoma da tuberculose pulmonar, mas geralmente as pessoas não associam esse sintoma e a expectoração que surge em seguida com a doença.

Siqueira (2012) aponta como sendo os principais sintomas e sinais da tuberculose, também chamados de “marcadores clínicos da tuberculose” as seguintes condições: tosse, expectoração, febre vespertina, sudorese noturna abundante, emagrecimento acentuado, fraqueza, anorexia, hemoptise, dor torácica moderada, evolução não aguda, imunodepressão por qualquer causa, alcoolismo ou diabetes, contato recente com caso bacilífero e história de tuberculose.

Nas representações sobre a descoberta da doença observamos que mesmo sendo um agravo que encontra nas políticas públicas uma ação organizada e eficaz tanto no que diz respeito à prevenção, diagnóstico e tratamento, a mesma ainda não faz parte do imaginário das pessoas. Sinaliza que a doença é algo distante deles, logo a descoberta, para essas pessoas acontece como uma surpresa e ligada à possibilidade de adoecer por outro agravo.

Na fala dos participantes do estudo evidencia-se também a representação da tuberculose como uma doença frequente na sociedade, estando o usuário a apresentar sinais e sintomas característicos, o que o faz assumir seu diagnóstico com uma certa tranquilidade e otimismo diante da possibilidade de tratamento. Desse modo, a tuberculose se configura como uma representação da doença como algo não tão assustador, o que podemos perceber nas falas:

***Achei que seria uma coisa ruim, mas era só tuberculose.** Eu acho assim, que doente todo mundo fica, não é assim uma doença que eu contamina os outros como a AIDS de ruindade, então eu tô prejudicando a mim mesmo, o maior prejudicado sou eu, então o que eu tenho que fazer é tratar, se eu não tratar eu vou morrer. (José C.)*

É uma doença que todo ser humano tá exposto a ela, não só eu, mas todo mundo, antigamente era pior, todo mundo que tinha tuberculose morria e é uma doença, eu tô tratando dela e vai passar, eu tenho muita confiança que vai passar [...] pode ser que eu não esteja mais aqui, mas a cura vai vir com certeza, o tratamento é possível Eu tenho que fazer o tratamento. (Maria A.)

... Aí eu fiquei mais tranquila, porque depende só de mim, de mais ninguém, de tomar os medicamentos direitinho, tranquilo... Minha mãe..., ela já teve também. Mas na época que ela teve era menos recurso né? Hoje em dia não, era uma praga tuberculose, o fim do mundo, mas hoje em dia não, as pessoas sabem que tem tratamento e tem cura. (Maria R.)

Segundo Rodrigues e Souza (2005), algumas pessoas demoram ou se recusam a assumir o seu adoecimento e isso se deve a forma como algumas delas enfrentam o adoecimento, às vezes, por terem uma vivência anterior com a doença que não foi negativa, seja por meio de experiências vividas com pessoas conhecidas ou familiares que tendo contraído a doença, tiveram êxito em seu tratamento, de forma que ao se defrontarem com o novo, que é o seu adoecimento, ancorando essa condição no conhecimento pré-existente sobre a doença.

Maior et al (2012) trazem, em seu estudo, resultados que reforçam esta representação dos sujeitos, quando aponta que a não visualização da gravidade da doença é o principal motivo pela demora na busca de um serviço de saúde.

Os principais motivos descritos pelos pacientes para a demora em procurar atendimento médico foram os seguintes: “achar que os sintomas não indicavam nenhuma doença”; “custo para o deslocamento até uma unidade de saúde”; “dificuldade em conseguir atendimento”; “falta de tempo disponível para procurar uma unidade de saúde”; e “achar que melhorariam espontaneamente”, em 77 (38,7%), 32 (16,1%), 29 (14,6%), 25 (12,6%) e 23 (11,6%), respectivamente, enquanto 13 pacientes (6,5%) não apresentaram nenhum motivo. (MAIOR et al., 2012, p. 204).

Conde e colaboradores (2009) consideram que este tipo de representação atrasa a busca por uma unidade de saúde no início dos sintomas, relacionando-os quase sempre uma gripe mal curada, a bronquite tabágica ou a outra situação clínica qualquer.

Sendo a tosse persistente por mais de duas semanas o sintoma mais clássico da doença e considerando que foi uma das prioridades do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) 2001-2005 dar ênfase ao diagnóstico precoce da doença, fica claro que a busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) na comunidade, especialmente por parte das equipes de saúde da família deve ser uma prioridade.

Muniz et al (2005) dimensionam a possibilidade de que muitos casos de tuberculose não são diagnosticados e tal situação é atribuída à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como também ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos sintomáticos respiratórios.

Em um estudo realizado no município de Ribeirão Preto, identificou-se que a busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) entre comunicantes caracteriza-se como uma atividade incorporada pelas equipes do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Por ocasião da detecção do caso novo de tuberculose, inicia-se a investigação em todos os contatos. Durante a visita domiciliar são identificadas as pessoas que convivem com o doente, sendo encaminhadas ao ambulatório para avaliação (MUNIZ et al., 2005). Dessa forma, o que observamos é que a busca ativa é limitada à investigação de casos contactantes de pessoas de tuberculose e não na comunidade de maneira geral, na busca dos possíveis “tossidores”, limitando assim a investigação.

Nas unidades de atenção primária, na qual as entrevistas foram realizadas, pudemos notar que a busca ativa na comunidade dos SR, acontece de maneira pontual, ou somente em grupos específicos que é o caso dos contactantes de pessoas com tuberculosas e instituições de longa permanência, ao contrário do que é conceituado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), sobre busca ativa de sintomáticos respiratórios.

Trata-se de uma atividade de saúde pública orientada para identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas- chamado sintomático respiratório, visando à descoberta dos casos bacilíferos. A busca ativa do SR tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente e deve ser realizada permanentemente pelos serviços de saúde. (BRASIL, 2011b, p. 37).

Com a implantação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, sugeriu-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em parceria com os gestores favorecessem para a expansão do programa de Controle da Tuberculose (PCT), pois estes modelos de atenção utilizam o núcleo familiar como instrumento chave de trabalho, o que possibilitaria novas intervenções (MUNIZ et al., 2005). Mas, diante da representação dos sujeitos percebemos que muito ainda deve ser feito no sentido de aproximar o serviço de atenção primária dos sintomáticos respiratórios, favorecendo então o diagnóstico da doença de maneira precoce.

Em estudo realizado por Monroe e colaboradores (2008), em municípios prioritários do Estado de São Paulo, identificou-se que apesar da expectativa de que a ESF fosse contribuir para o controle da tuberculose, ainda se percebe uma visão fragmentada e centralizada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde, sendo consideradas pelas equipes de saúde como competência exclusiva dos centros de referência para tratamento da doença, contribuindo ainda mais para a falta de responsabilização local para o controle da TB, demonstrando assim uma atenção à saúde isolada focada em condições agudas por inúmeros motivos, dentre eles a quantidade e qualidade dos recursos humanos.

Esta fragilidade havia sido apontada por Frieden e Driver (2003), ao refletirem que a descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose pode oferecer tanto oportunidades como também riscos para a continuidade das ações. Ao se considerar as oportunidades, é relevante pensar na possibilidade de haver melhora da eficiência e qualidade dos serviços bem como um aprimoramento da análise e uso dos dados. Quanto aos riscos, sinalizam que a descentralização favorece a pulverização da responsabilidade e falta de compromisso, fragmentação dos programas e regimes de tratamento, maior dificuldade em desenvolver o tratamento supervisionado, e deficiência no sistema de informação.

Contudo, representar a tuberculose como uma doença que apresenta possibilidade de cura é coerente com o que é divulgado no referencial científico, como enfatizam Rodrigues e Souza (2005), ao citarem que o próprio Manual Técnico de Controle da Tuberculose reforça esta representação formulada pelos sujeitos, quando afirma que a doença é curável em 95% dos casos.

É importante destacar que alguns sujeitos deste estudo, ainda percebem a doença com a possibilidade de morte.

Eu nunca ouvi ninguém falar que teve isso, que teve essa doença entendeu, eu nunca ouvi falar que teve uma tosse assim, quando me falaram que eu tava com isso quase morri, pensei que não ia viver mais, que ia morrer. (José R.)

[...] achei até que tava com uma coisa ruim, que ia morrer. (José L.)

Se eu não tivesse tratando taria embaixo da terra. O médico foi bem claro, se não fizer o tratamento direito, se vier outra crise, você morre (José P.)

Eu vi a morte de perto. Eu acho que eu tive uma provação, fiz de uma situação tão difícil um aprendizado, eu queria poder ajudar outras pessoas com esse problema, dar meu testemunho, acho que eu posso contar minha história e ajudar. (José F.)

Percebemos então, a divergência dos discursos, quando alguns sujeitos representam a doença com possibilidade de cura e outros a representam como a possibilidade de morte. Para Rodrigues e Souza (2005) isso é aceitável quando se permite que essa consideração se faça por serem doentes em tratamento, pois eles comunicam a formação de um saber a partir de suas experiências vivenciadas e veiculadas no senso comum, mas também permeadas pelas informações do universo reificado que são trazidas pelos profissionais de saúde que os atendem.

Rodrigues e Souza (2005) reforçam, ainda, que o saber científico, parte do universo reificado e do consensual, o saber do senso comum. Estes, por sua vez, não têm superioridade entre si ou são excludentes, posto que se completam e se valorizam de acordo com a situação à qual servem. Sobre o medo da morte Rodrigues e Souza (2005) dizem:

Identificamos também o medo da morte relacionado a um sinal da doença. Esse medo é uma tendência secular se considerarmos que, ao longo das décadas, a morte sempre esteve associada a ela. A morte física, que ocorria frequentemente de forma lenta, era na maioria das vezes precedida da morte social, por conta do isolamento a que estavam condenados esses doentes (RODRIGUES; SOUZA, 2005, p. 85).

Mas ainda assim, alguns sintomas sempre chamam mais a atenção para a doença, como é o caso da presença do sangue na tosse. Esta afirmação pode ser observada na fala dos entrevistados, conforme demonstramos a seguir:

Então, eu tava subindo o morro lá de casa e du nada me deu uma dor esquisita, não é no estômago, é no meio aqui e vai pro pulmão, aí eu comecei a vomitar sangue, muito sangue... Primeira tosse que eu tive já veio cheia de sangue, muito sangue, aquele gosto de sangue esquisito ,Aí disparou, passei mal, faltava ar, aí eu continuei subindo e consegui chegar na casa do meu pai, foi onde que eu pedi socorro, aí graças a Deus tava passando um táxi na hora, e eles me levaram lá pro HPS. Eu encharquei foi duas toalhas de sangue, pensei, é uma desgraça, eu vou morrer (José M.).

Não sentia nada, foi de repente, estava conversando na rua ali, cheguei em casa, sentei, jantei, aí chegou 1 ou 2 da manhã e começou essa tosse seca e de manhã cedo eu fui pro hospital... Comecei a vomitar placa de sangue em casa. Eu perdi muito sangue, mas muito mesmo. Placa de sangue grande, umas tosse seca, dor no peito, dor nas costas (José P.)

[...] todo mundo fala que tem muita tosse nessa doença, mas eu não tive, não tive mesmo. Mas quando eu tive também, saiu até sangue, que foi quando eu mais me desesperei, enlouqueci, caí na real que tava doente (José L.).

A presença de sangue na secreção precedida da tosse leva as pessoas a elaborarem representações sobre o adoecer de algo grave e as impulsionam a buscarem o tratamento. Nesse sentido, Siqueira (2012), refere que um dos sintomas que mais rapidamente levam o paciente a buscar ajuda profissional é o escarro com sangue e a hemoptise, embora seja este um dos sintomas menos frequentes.

Na visão de Rodrigues e Souza (2005), é comum perceber o medo ao deparar com o “sinal mais emblemático” da doença que é a hemoptise, sendo este um sintoma assustador e revelador. Assustador, pois segundo as autoras é o sintoma que frequentemente causa a maior preocupação nas pessoas e revelador, pois a informação que é obtida no conhecimento consensual, demonstra que “sangrar” é sinal de tuberculose e este, sendo não familiar, provoca medo.

Outro sintoma que gera a representação do desconforto e sofrimento nos sujeitos do estudo é a dor.

[...] Eu senti assim uma dor nas costas, muita dor nas costas que desce [...]
(José R.)

O pior foi a dor no peito, você fica muito debilitado [...] E quando eu descobri eu já tava passando muito mal, eu vomitava muito, sentia dor demais que nem conseguia comer, passava muito mal (José L.).

De certo, a dor torácica não é um sintoma frequente na tuberculose, mas uma vez presente ela se configura em intensidade moderada e contínua. Contudo, é importante dar especial atenção na avaliação clínica, pois uma dor aguda, forte, associada ao movimento inspiratório pode sinalizar para um derrame pleural, enquanto uma dor intensa não associada à respiração geralmente não está associada à tuberculose, podendo ser levantada a possibilidade de uma neoplasia pulmonar, especialmente em pessoas fumantes (SIQUEIRA, 2012).

Um dos sintomas clássicos é a febre, principalmente vespertina, situação presente nos recortes a seguir:

[...] de repente eu comecei a sentir uma fraqueza, eu tinha muita febre, de manhã, de tarde e de noite, mas aí eu tomava um remédio, transpirava que podia torcer a camisa que pingava... Suava muito, chegava a molhar até a cama sabe, aí foi logo depois que eu internei, eu fiquei internado um bom tempo (José L.).

Eu dava muita febre, mas assim, depois que eu fiquei sabendo da doença e que comecei ver essas coisas, acho que antes nem via isso, depois que revelou que eu comecei a suar frio, também por causa de droga... (José F.).

[...] eu suava à noite todinho, por isso que eu falo, que eu suava, de noite dá aquela tonteira, diariamente eu tossia. Eu saía de dentro do poço, tinha que descansar quase que por uma hora e pouco, até parei de furar poço, eu achava que um pouco disso tem haver com a friagem. Ontem eu suei, eu senti muito mal, nojo de mim (José R.).

Eu ainda tinha muita febre, assim às vezes que eu tava lá na roça, porque lá é na roça é... Às vezes eu sentia frio e não tava frio, eu sentia uma frieza no corpo, que não aguentava, já não comia mais nada. A febre vinha mais a noite, assim de tardinha quando eu parava o serviço... Aí vinha assim aquela febre, mas aí passava. [...] aí comecei a ficar preocupado (José C.).

Tuberculose me inabilitou muito, porque deu muita cansa no início, deu muita febre (Maria A.).

[...] eu sentia muita coisa ruim, só essa febre agora que tá muito ruim, eu fiquei preocupado, eu senti muita febre, minha mãe até falou, eu acho você estranho, eu acho que você tá piorando. Essa febre eu não entendi nada não, tomei o remédio passou uma meia hora aí veio a febre, de manhã, nem eu entendi, que aí eu fui ranguei, tomei uma água, acho que foi essa mistura que eu fiz. Tomei água, depois tomei um copão de café com leite, aí fiquei um tempo, tirei um cochilo e comecei a suar, eu não aguentei nem levantar, fiquei com o corpo mole (José N.).

A febre, sintoma clássico da doença, não é elevada, ocorrendo habitualmente à tarde ou no início da noite, sendo comum na madrugada, a pessoa doente apresenta profunda sudorese, necessitando, por vezes, de trocar suas vestimentas (SIQUEIRA, 2012).

Mesmo diante de tantos sinais e sintomas que apontam para a possibilidade da doença, os usuários demonstram certa dificuldade em acreditar e aceitar o diagnóstico da doença, uma vez que esta pode trazer várias transformações na vida dos portadores. De maneira geral, doenças são indesejáveis e aparecem de forma inesperada e, em particular a tuberculose, que desde a antiguidade carrega consigo uma carga de preconceito e um estigma de morte.

O adoecimento pela tuberculose não faz parte do imaginário desses sujeitos, desse modo, a descoberta da doença muitas vezes se torna uma situação de enfrentamento com protelação e resistência. Os recortes dos depoimentos a seguir mostram a situação referida:

[...] as pessoas que descobriram isso em mim, elas que perceberam, eu tava emagrecendo, emagrecendo... Um cansaço, e alimentação, nossa, eu comia, mas aquilo não tava me dando resistência não. Eu bebia muito também, né. Eu bebia muito cachaça. Tem um enfermeiro lá perto de casa, né, e ele virou pra mim e falou: “nossa rapaz, você tá mal hein”, o enfermeiro conhece essas coisas, aí ele me olhou assim e falou: Você tem que procurar um médico, ow. Os outro vinha falar comigo, e eu falava sempre assim que era uma gripizinha só! (José F.).

Eu comecei a descobrir porque eu não queria ir no médico, entendeu? Eu não queria, aí chegou lá, na Leste, tirou a chapa do pulmão, aí o médico falou pra eu fazer exame e falou que eu tava com isso, “aberculose”, aí ela falou assim que eu ia tê que ficar internado (José N.).

Eu passei um mal que nunca tinha sentido eu como bebia muito eu achava que era só beber uma por cima que melhorava, né, e eu fui praticamente umas duas vezes desacordado para lá (hospital), o resgate veio me buscar em casa (José L.).

Devido ao desconhecimento da doença, o que atrasa e dificulta o diagnóstico, a tuberculose é muitas vezes percebida como uma ameaça que vem trazendo a possibilidade de mudanças na vidas das pessoas. No senso comum, a tuberculose é representada como uma doença de prognóstico ruim, se não forem tomadas medidas terapêuticas que incluem mudanças em hábitos de vida, o que favorece a redução da vulnerabilidade ao adoecimento.

5.3 O CONHECIMENTO SOBRE A TUBERCULOSE

Nessa categoria, analisamos os saberes elaborados pelos sujeitos sobre o que é a doença tuberculose. Ratificando a importância de apreender como as pessoas representam o processo saúde-doença, o que constitui base importante para o planejamento de atividades que promovam a desmistificação e o controle da enfermidade.

Eu nem sei, eu nem sei direito, nego fala que pega isso pelo ar né... Eu nem sabia, nego fala que pega por esse negócio de droga também. Eu não sei como ela tá no meu corpo (José N.).

Eu só fiquei sabendo dessa doença depois que eu tive. Eu já tinha ouvido falar, mas nunca havia procurado saber a fundo o que era. Através do ar que eles falam, né... Eu estudei, eu sou curioso, eu queria saber de tudo, ajuda eu, não só eu, mas todo mundo. Igual na minha casa, ficavam onze pessoas tudo amontoada e minha sobrinha era muito agarrada comigo, igual ela tinha imunidade muito baixa, tava comigo pra tudo quanto era lado, daí quase que ela teve. Desde o início eu culpava a bebida, todo mundo culpa alguma coisa ou alguém (risos). Aí eu bebia mais e pensava, daqui a pouco melhora, mas melhorava, porque eu ficava tão bêbado que esquecia, credo, aquilo não era vida, só por isso. Agora hoje, nunca mais vai ser assim (José L.).

Eu sei que ela tem muita tosse, que vem assim, ó eu tô aqui, tô segurando, é dia e noite, é dentro do ônibus, em casa, eu tenho vergonha, porque a tosse é forte, de longe dá pra escutar (José R.).

Eu sei assim que ela é uma ferida que dá no pulmão e faz ele sangrar, e que você transmite para as pessoas no primeiro mês de tratamento, e que ela pode te matar, por falta de ar. É a segunda vez que eu tenho, a primeira vez ela foi disseminada, eu fiz o tratamento da primeira vez, só que eu não terminei, e foi disseminada, no corpo todo... Quase morri. Não acho que sou uma coitada, e agora que já tá não adianta, não muda, só Jesus Cristo tem a cura e a ciência tá aí cheia de conhecimento, pra poder vir a cura (Maria A.).

Não sei muitas coisas. Uns falam que é pelo vento, outros falam que por vasilha também pega, sei lá... E justamente lá onde era obra que eu tava, lá tinha... Porque lá era uma clínica só disso, mas só que acabou, aí onde fizeram essa creche até hoje, aí a minha tosse já começou foi justamente lá... Os próprios médicos explicaram, que não pegava assim a toa e que tinha que fazer o tratamento direito (José P.).

Eu fiquei tranquila assim... Liguei pra minha filha e falei, aí ela pegou na internet, ela me deu o papel completo, como que pega, como que é o tratamento... Aí eu fiquei mais tranquila, porque depende só de mim, de mais ninguém, de tomar os medicamentos direitinho, tranquilo (Maria R.).

Quando me falaram da doença eu já sabia o que era tuberculose, que é a fraqueza no pulmão, não é? Quem já pegou ela não pega mais, né, não pega, a gente recebe muita palestra, então quem pegou ela não pega mais, porque você já tá... Praticamente com o vírus dela... Diz que você sara ela, mas ela ainda fica escondida em algum lugar em você, podendo voltar, né então qualquer coisa que eu sinto assim, falta de ar, tosse eu venho, pra eu tomar uns remédios e melhorar. Quando ela manifesta assim, você tem que cuidar, pra ela num vim forte, num sara por completamente assim não, porque é só Deus pra dar a cura também, misericórdia (José F.).

Pra ser sincero pra você, eu não sabia de nada, eu vim procurar saber depois que eu fiquei sabendo que tava doente, no hospital, eu sempre perguntava os médicos, porque foi impressionante, uns três dias que eu comecei a tomar o remédio, eu voltei a me alimentar, aí começou a parar de doer um pouco a garganta (José C.).

[...] mas sei assim que é umas coisas que vem pelo ar, contato com a pessoa que tiver é sempre bom usar uma máscara, a tosse se tiver sempre tem que proteger com mão, não conviver muito com as pessoas que não tem... Se conversar, conversar assim de longe, com a mão na boca e é isso assim, que eu tenho em mente (José M.).

[...] 61 anos nunca peguei isso... Eu sei que quando a gente tá assim, com uma anemia muito forte né? E a gente não sabe e foi agravada né? Aí assim, dá uma espécie de machucado... No estômago né? Eu sei pouca coisa... (José B.).

Não sei nada, assim eu ouço falar... Tuberculose, mas não sei nada. Me falaram você vai ficar internado lá, porque tá com tuberculose. A pneumonia virou tuberculose. Evitar pegar friagem porque por uma friagem qualquer eu pego uma pneumonia... Se eu não tivesse pegado chuva, estava em casa, não tinha esse problema... (José G.).

Em um estudo realizado por Muñoz-Sánchez e Bertolozzi (2004) com moradores do conjunto residencial da Universidade de São Paulo (CRSUP), que objetivava desvelar o conhecimento em relação à tuberculose, revelou-se que o conhecimento que os sujeitos tinham acerca da doença era insuficiente, especialmente em relação a quem pode contrair a doença e no que se relaciona à cura da tuberculose, chamando atenção inclusive para o fato de que alguns sujeitos não sabem ao menos o que é a enfermidade. Muñoz-Sánchez e Bertolozzi (2004), ainda chamam a atenção para o fato de que a falta destes conhecimentos afeta a forma de perceber e de enfrentar a doença, o que pode potencializar a vulnerabilidade à tuberculose nesse grupo.

Os sujeitos deste estudo elaboram representações sobre a doença tuberculose ancoradas nos saberes divulgado. A falta de informação correta sobre a transmissão da doença coloca em vulnerabilidade as pessoas com as quais convivem e, ao mesmo tempo, aumenta sua vulnerabilidade para permanecer doente, uma vez que não compreendem a real dimensão do agravo.

Para Ayres e colaboradores (1999), devem-se considerar três tipos de vulnerabilidade. A primeira delas, a vulnerabilidade individual está relacionada à qualidade da informação que os indivíduos possuem sobre os agravos à saúde, sua elaboração e aplicação na prática; no caso deste estudo, a qualidade da informação a respeito da tuberculose enquanto doença e sua transmissão. O segundo tipo seria a vulnerabilidade social, que considera a forma de obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, à disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar nas decisões políticas e nas instituições; e a terceira delas, a vulnerabilidade programática, que engloba a avaliação dos programas governamentais para responder ao controle de enfermidades, avaliando também o grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

Ao analisarmos os dados relativos à questão da comunicação e da forma de obtenção da informação e, no caso deste estudo, as representações que as pessoas tinham sobre a tuberculose antes da sua doença, estão avaliando a sua vulnerabilidade individual e social, por meio do acesso aos meios de comunicação os indivíduos podem obter informação e, com isso, potencializar seu fortalecimento biopsíquico e adotar comportamentos e hábitos saudáveis no cotidiano. Muñoz-Sánchez e Bertolozzi (2011) mencionam, ainda, que os conhecimentos insuficientes da doença podem afetar a forma de percebê-la e de enfrentá-la. Por isso, é importante resgatar os conhecimentos que a população tem sobre a saúde-doença para o planejamento de atividades que promovam a desmistificação de enfermidades como a tuberculose.

As representações elaboradas pelos sujeitos deste estudo podem também orientar os trabalhadores da área da saúde a pensarem e repensarem a maneira como o acompanhamento dessas pessoas, na rede, vem sendo feita. Ao mesmo tempo, é oportuno considerar que as campanhas de orientação devam pautar a questão da promoção da saúde e prevenção da doença para a população em geral, uma vez que por meio destas representações, percebemos uma vulnerabilidade programática.

5.4 VIVENCIANDO O ADOECIMENTO E TRATAMENTO

5.4.1 A dificuldade em tratar a doença

Habitualmente, é difícil o tratamento da tuberculose. Inicialmente, a própria sintomatologia da doença já coloca o paciente em condições debilitadas e os fármacos utilizados no tratamento acarretam grande ocorrência de efeitos colaterais, afetando diretamente o equilíbrio biopsicossocial dos pacientes, que se incomodam muito pela longevidade do tratamento.

Os depoimentos dos sujeitos do estudo trazem uma difícil gestão do tratamento na vida cotidiana:

Eu tomo três remédios de manhã. Os outros remédios me dava muito enjoo, nem saía de casa e esse não me dá, não... Aquele da capa vermelha me dava mal demais, ele mesmo fazia eu até vomitar. Se eu bebesse água eu vomitava então eu acordava todo dia de manhã e fazia uma garrafa de suco, pra tomar. Agora, se eu bebesse água aí eu vomitava aquele troço tudo rosa, agora esse aí não, esse aí já não me dá nada, eu como bem, só não tô comendo agora por causa dessa febre[...] Eu quero internar, ficar uns dias lá e ver de fato o que é... Quando eu interno é melhor, quero sarar, não faço mais nada dessa vida, só por conta do remédio isso já quase seis meses. Eu prefiro ficar internado, dói tudo, preciso de ficar pedindo ajuda pra tudo (José N.).

Agora parece que tá só piorando, eu desmaio, caio, ninguém me vê bem. Eu tô tomando bem os remédios, aqueles comprimidos, mas a zonzeira e a tosse me mata. Essa dor, uma hora eu tô quente, outra hora eu tô gelado, quase pedi pro meu filho ligar para ambulância, mas aí ele me deu uma água com açúcar e consegui dormir, pingo soro no nariz e melhora, mas fica uma coisa agarrada aqui no nariz (José R.)

Eu sinto com esses remédios da tuberculose, muita fraqueza, toma muito assim do seu corpo, eu fico tonta dá enjoo, ele é muito forte, mas se você se alimentar bem, comer toda hora, você vai reagindo, mas mexe muito com o sistema nervoso, imunológico, você fica mais agitada, mais nervosa [...] tuberculose tem tratamento, tem cura, mas tem que se dispor... É muito enjoo, desanima... Mas eu vou vencer primeiro a tuberculose, depois o HIV, um de cada vez. (Maria A.).

[...] não é qualquer pessoa que aguentaria o que eu passo não, e não sei se era pior tê a doença ou tratá a doença, porque é tudo ruim... Os remédios são bem forte, deixa o organismo baqueado, se for uma pessoa fraca, e se bobear vai embora, morre mesmo, eu ainda acho que eu fiz muito, no final que eu vacilei, tava terminando parei de tomar o remédio, mas não é bom não. É cansativo, mas tem que fazer, é isso ou morrer. Os remédios são muito fortes, você não pode tomar de estômago vazio, dói muito o estômago, você perde muito peso, tô 9 Kg abaixo, dói muito o estômago até

você acostumar, igual os remédios que eu tomei quando eu comecei, eu não adaptava, aí dava febre, efeito colateral do remédio era febre, aí passou um tempo que não deu mais febre nenhuma, e até hoje eu tô assim, eu tô normal, mas o remédio resseca muito você tem que tomar bastante líquido. Hoje eu tomo 4 remédios por dia, só uma vez no dia. Eu parei, esquecia, agora eu já levanto e tomo senão esqueço. Mas você sabe que meu remédio cabou e eu acabei nem pegando mais... Mas tô bem, vou ver, se tiver aqui eu vou pegar. Só desse negocio de emagrecer que me tirou fora do sério, eu quero voltar a tomar o complexo B quando acabar de tratar, eu quero voltar ao normal... Ter cara de quem tem saúde de novo, porque quando as pessoas olham, acham que eu tenho uma coisa ruim... Você pode me ajudar com isso, né, (risos) [...] Mas eu fui sem vergonha, eu parei os remédios, porque eles dão muito enjoos sabe, aí eu piorei, tive que começar tudo de novo (José L.).

Eu sinto que eu tô ficando fraco de tanto remédio, ele dá uma sensação assim, quando você chega a passar mal com o remédio é sinal de que você já tá no final do tratamento entende, já começa retroceder, o remédio já começa a fazer um estresse, sabe, já começa a fazer mal. Por que? Você é subjugado a tomar o remédio... Você pra tomar o remédio num pode tá saindo, andando, aí junta sua questão de liberdade, de você ir e vir, você não pode, você num pode isso, você num pode aquilo, você fica na mão do outro igual um boneco, tudo bem... Perante a minha saúde eu respeitei o tratamento, mas foi tudo bem graças a Deus (José F.).

A dificuldade que eu vejo é o tempo do tratamento, né... Desanima... Mas eu não vou desistir da minha vida não (José M.).

Aí eu tomo remédio, mas tem dia que eu tomo e tem dia que eu não tomo... Eu sentia assim... Deixa falar pra você, até pra falar... Parecia assim uma baba de cachorro bravo... Isso aqui ó... (mostrando a baba), tem hora que isso acaba... E tomo remédio... Porque eu já vim aqui duas vezes só... Agora é a terceira vez [...] mudou muita coisa... Tô ficando impotente... Muito remédio... Atrapalha a alimentação... Um dia eu quero uma coisa e no outro eu quero outra, cheiro de alimentação... Não consigo sentir, começo a querer vomitar, meu estômago começa a embrulhar... Nossa mãe... Só de olhar pra ele me dá embrulho. Hoje eu tô no céu... Mas aí eu tomo o remédio e nossa senhora, me dá dor de cabeça, vontade de vomitar e dói tudo... Mas mesmo assim... Muita coisa que me arreventa, remédio demais, mas aí antes, uns dois meses atrás eu tomava todo dia... Mas aí acontece um monte de coisa ruim, aparece machucado, aqui ó (na boca)... Eu faço... Mas assim não é direto... (José B.).

A médica daqui falou que mesmo que eu tomar a bebida alcoólica eu tenho que tomar os remédios, mas é ruim demais, se não a doença vai aumentando. Eu tomo a bebida pra morrer ou o remédio pra viver, morrer eu vou morrer mesmo, por enquanto eu quero viver. (José G.).

Tem hora que eu me sinto fraco, minhas pernas meio fraca, meio com preguiça, a doutora falou que ia acontecer, que o remédio às vezes dá isso. Eu tomo assim, eu acordo de manhã, em jejum, tomo 4 comprimidos, pela manhã... Desde o dia 3 tá assim. O remédio às vezes dá fome na gente... Não dá pra ficar muito tempo sem comer... Ele explicou bem, não pode comer e tomar o remédio em cima... Tem que esperar um pouco (José C.).

O Guia de Vigilância Epidemiológica, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) classifica os efeitos adversos em maiores e menores, sendo atribuídos como efeitos adversos menores: irritação gástrica (náuseas, vômitos, epigastralgia), dor

abdominal, artralgia ou artrite, neuropatia periférica, prurido cutâneo, cefaleia e mudança de comportamento (insônia, ansiedade, diminuição da libido e euforia).

Vieira e Gomes (2008) afirmam que embora as drogas antituberculose combatam eficazmente o micro-organismo causador da tuberculose, elas podem ocasionar efeitos colaterais indesejáveis, seja pelo próprio princípio ativo ou pelos seus metabólitos. Contudo, esses efeitos adversos leves podem ser controlados sintomaticamente, enquanto que as reações graves obrigam a uma interrupção, que pode ser temporária ou permanente, de uma ou mais drogas além do uso de outros agentes.

Nas falas dos depoentes, não evidenciou-se, em nenhum momento, que houve preocupação a respeito dos efeitos colaterais dos medicamentos pelo profissional que o acompanhava, cabendo ao usuário a representação de que tratar a doença é um sofrimento pelo qual ele tem que passar, restando-lhes somente esperar o fim do tratamento, sem possibilidade de se amenizarem os efeitos adversos oriundos dos fármacos. O que percebemos são pacientes mal informados pelos profissionais que o acompanham levando-os a elaborarem representações sobre o tratamento da tuberculose como algo que limita tanto no aspecto físico, decorrente das alterações orgânicas sentidas, quanto do ponto de vista social, uma vez que os sintomas gerados pelo mesmo os impede de manter uma vida social saudável.

Contudo, para Sá (2007), 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.

Embora sejam muitos os efeitos colaterais, grande parte dos pacientes submetidos ao tratamento da tuberculose consegue finalizar o tratamento sem efeitos colaterais mais expressivos, destaca-se que os fatores relacionados às reações adversas podem ser das mais diversas ordens, mas a literatura aponta como sendo os maiores determinantes dessas reações os seguintes: dose e horários de administração da medicação, idade, estado nutricional, alcoolismo, gravidez, condições da função hepática e renal e coinfeção pelo HIV (BRASIL, 2002b).

5.4.2 A doença como limitação física

Iremos abordar as representações elaboradas pelos usuários que veem sua rotina de vida se modificar por conta das transformações em suas funções orgânicas, restringindo inclusive suas atividades laborais.

Às vezes eu pegava um quintal pra capinar, fazia uma coisa pros outro ali perto mesmo, eu ficava muito cansado. Hoje em dia não dá mais pra eu fazer, cansa muito, eu fico muito cansado, entendeu, aí eu fico chateado, e feio, aí eu fico passando dificuldade, piorou muito. [...] Pra trabalhar é horrível, cansa muito, dá falta de ar, cansa muito, entendeu... Cruz. Atrapalhou muito a minha vida, tudo de pior (José N.).

Não guenta fazer nada, nem trabalhar você aguenta, você não tem força, se eu andasse como daqui no portão não aguentava, dava câimbra, chorava., né... Eu sei que ela tira praticamente toda imunidade, você fica mal, não guenta levantá, trabalhar... Minha sorte que quando eu comecei a doença, eu só tava fazendo bico, porque eu tinha tonteira demais, num emprego certo eles num ia aguentar tanto mal assim, muito ruim esse trem. (José L.).

Ah, eu deixei de viver, se eu pego um serviço é tosse, tosse, tosse... Aí no outro dia eles falam que eu não tenho que ir mais, que não precisa mais voltar (José R.).

Eu não deixei de fazer nada. Só não tava aguentando mais trabalhar que tava muito cansado, dá muito cansaço, fiquei em casa um tempinho e não vale a pena e fui voltando ao normal de novo (José P.).

A doença que limita ao trabalho traz, para o usuário, a representação de que é uma doença incapacitante, que o tira do convívio e o impede de realizar uma das atividades mais importantes para configuração da dignidade humana. A doença que limita a possibilidade de convívio pode possibilitar a elaboração de preconceitos e estigmas, o que pode levar as pessoas a negarem a condição de adoecimento e seguimento da terapêutica na perspectiva de se manterem invisíveis.

De acordo com Sá (2007), a tuberculose altera em muito o dia a dia dos doentes. A doença é debilitante, retira a disposição para o trabalho e, às vezes, provoca dor e cansaço aos pequenos esforços, 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 frequente neste novo cotidiano.

5.4.3 A doença como limitação social

Embora a doença seja milenar e que muito seja feito para mudança na cultura das pessoas frente à doença, o que percebemos é que ainda, nos dias atuais, existe o preconceito na vida dos doentes o que pode dificultar ainda mais a experiência do adoecer.

Eu não quis falar, também ninguém perguntou entendeu, aí eu também não falei nada não, mas é muito ruim, qualquer coisinha que você vai andar cansa muito, aí todo mundo vê... Se eu ficar andando assim igual eu gostava de fazer, pegar uns bico, fazia e cansava... Ah! Me atrapalhou muito, eu queria que fosse como antes, que eu vivesse como antes, eu fazia bastante coisa, eu hoje em dia não tem como eu fazer mais nada, e eu parei o tratamento, já era pra eu ter terminado, já quis desistir, se eu não tivesse parado com as paradas né. Em novembro acaba... Aí vou ver minha nega de novo, aí vai ficar mais fácil... Porque eu perdi tudo, né, e depois eu vou poder viver normal (José N.).

As pessoas querem ficar longe de mim, outro dia nem acabei o serviço de uma dona lá. Eu tossia... Aí ela perguntava se eu tava doente se eu já tinha ido no médico, aí ela pegou me deu almoço. Falei que já tinha feito até tratamento, ela me deu almoço, aí comecei a tossir, passei mal e caí, depois desse dia nunca mais me chamaram, já vai fazer dois meses, disseram que iriam me ligar. Várias vezes isso acontece no Bom Pastor, São Mateus, não era assim, eu era bom, é muito ruim. A pessoa tem medo... Dá a tosse não para, né, tem medo de pegar nelas, acho que é isso, ficam me mandando ir no médico, já fui, uai. Mas elas não confiam, né, você sabe como é. Meus filhos me tiraram da minha casa, agora eu tenho que ficar colado neles. E tenho que tratar isso direito, isso não é só uma gripe, gente, eu sinto medo, tem hora que dá até vergonha, nem fico perto dos outros, de tanta tosse. Eu acho que as pessoas acham que isso é ruim, que vai pegar nelas. Quando eu vou trabalhar eles não querem que eu volto mais no outro dia... Você pensa “o que é isso, e eu sou bom...” Já fui né. As pessoas tão afastando de mim, foi essa doença, foi essa tosse. Não sei porque vai e volta... Sempre começa tudo de novo. To esperando as pessoas me ligar ate hoje... (José R.).

O preconceito é bastante, por incrível que pareça, incrivelmente, e tem pessoas que não falam né, fica de conversinha, “aí meu Deus do céu e se ele tossir perto de mim”... Eu já escutei isso de muita gente, mas eu não ligo, porque se tiver que ter tem mesmo... Quanto mais orgulho, mais rápido vem. Por incrível que pareça foi pior o preconceito pelo lado da minha família, meus tios e tias, não da minha mãe e meu pai e meus filhos (José M.).

As pessoas mandavam eu cuidar da saúde, mas você sabe que as pessoas ficam assustadas com essa coisa, né, mas agora de um tempo pra cá, eu nunca liguei pra ninguém não, o negocio é cuidar de mim, tô nem aí se os outro tem preconceito, me aceita do jeito que eu sou, dentro do ônibus já viu? Se a gente tosse as pessoas ficam olhando pra gente com aquela cara de... Sabe? Com coisa que eles num tosse... a gente pensa assim, nossa porque ele tá me oiando? Aí que eu tusso mais ainda, se eu quiser guspir ali dentro eu guspo, mesmo, tô nem aí não, e eu procuro respeitar e eu procuro

assim, do jeito que eles me olha eu sou o que eu sou, não tô nem aí pro que eles acham de mim não. Eu sou eu acabou, quem cuida de mim é Deus, então não tô nem aí pra nada não... (José F.).

E tem algumas pessoas, igual meu amigo lá que sempre me cumprimentava e ontem ele foi pegar na minha mão e pegou na ponta dos meus dedos, eu achei estranho... Mas o resto não, o resto tá normal... Só senti diferença nele mesmo... Meus filhos não tem medo, tá normal... E no meu trabalho tive lá hoje e só algumas pessoas separaram... Se incomodam... (Maria R.).

Entre as pessoas participantes do estudo alguns revelaram o desejo de ocultar sua condição para familiares e amigos temendo rejeição e preconceito. Demonstraram uma preocupação com o que os outros pensarão se forem identificados como tuberculosos. Mas não são todos que assumem esta decisão, outros, mesmo diante do preconceito e das dificuldades advindas com a doença, tanto no relacionamento familiar quanto em outros espaços sociais, assumiram os seus diagnósticos.

Os usuários portadores de tuberculose na busca de amenizar as dificuldades da convivência estabelecem entre si posturas e atitudes para garantir a não “contaminação” dos seus familiares, posturas estas que reforçam a representação de que a doença pode ser excludente e solitária.

Eles me xingaram (risos) mas eu não tenho culpa, conforme a gente tá aqui a gente não sabe quem tem, não tem como adivinhar, às vezes a própria pessoa não sabe, o pior é se a pessoa souber e não falar e continuar fazendo as coisas da mesma forma de maldade, né. Mas, minha família me ajuda bem, minhas coisas ficaram separadas, me excluíram da família (risos) minha madrasta separou tudo, queria ver ela fazer o tratamento (José L.).

Não filha... Só mora eu e uma irmã minha, eu tenho meu quarto e ela tem o dela, não mudou não. Nós sempre tivemos as nossas vasilhas de alimentação tudo separado, ela tem a dela e eu tenho a minha, agora então, [...] é porque a gente já tá acostumado. No começo mudou um pouquinho (com a família), mas depois que eles começaram a ver que não tinha nada a ver uma coisa com a outra, aí foram entendendo né? Mas também não fiz questão sobre nada né? Já que eu tô assim deixa eu me afastar, porque vai pegar nos outros e vão falar que sou culpado disso aí, e aqui em casa tem muita criança, você já viu! ”[...] Ela (a namorada) também se afastou, só que eu não esquentei a cabeça com isso não, só que é assim, assim será. Só que depois ela também achou que estava, só que não estava, foi coisa da mente dela, ela foi guardando, guardando e aquele negócio morou na mente dela e ela não estava, que tudo e o medo de pegar né? O tratamento é muito rigoroso, rigoroso demais (José P.).

[...] eu não gosto porque... É igual minha filha, tô evitando contato com ela, porque eu li lá na pesquisa que depois de 15 dias que já passa a transmissão, tô morrendo de saudades dela, vou esperar mais... Mas é só essas coisas assim... (Maria R.).

Decerto o preconceito faz parte do cotidiano das pessoas que tem a doença, o que acaba causando o distanciamento destes usuários, que em um mecanismo de defesa pessoal, escondem sua condição de doentes para que não sofram discriminação.

[...] Nunca contei pra ninguém do meu bairro, ninguém sabe... Só lá no meu serviço que eu sai e voltei ,uns sabem outros não... Só isso que eu senti, indiferença. Mas nem de todas as pessoas, de algumas né? [...] Ninguém sabe, minha mãe mora longe, minha irmã não mora perto de mim... Mas ela sabe, falei só por telefone...minha tia e minhas primas devem saber já né? Ficam longe em outro bairro... Mas o contato sempre foi baixo mesmo, o natal passei com eles, eu já sabia e já suspeitava e não falei nada... Porque... Pra não chatear nem estragar o natal de ninguém (Maria R.).

Eu não quis falar, também ninguém perguntou entendeu, aí eu também não falei nada não, mas é muito ruim, qualquer coisinha que você vai andar cansa muito, aí todo mundo vê... Se eu ficar andando assim igual eu gostava de fazer, pegar uns bico, fazia e cansava (José N.).

Ninguém sabe também não, só uma menina que eu falei com ela, porque o marido dela já teve, o resto eu não converso muito não... E porque o posto lá do meu bairro, não sabem de nada, eu quando eu preciso de atendimento eu venho aqui ou vou na regional, menos lá... Porque, você chega lá, você tá passando muito mal e não tem alguém pra te atender... Aí um dia tava passando mal e fui lá... E foi em agosto e marcaram pra tarde... como que eu fico esperando?? (Maria R.).

Ainda hoje, a tuberculose é uma doença temida por trazer a imagem de algo que é socialmente digno de censura, que traz consigo a representação do estágio último de miséria humana, fazendo persistir no imaginário social o processo de estigmatização da tuberculose e do tuberculoso. O doente com “mancha no pulmão” carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no grupo social (PÔRTO, 2007).

Em suas reflexões Sá (2007), considera que as pessoas sadias (que não tem a doença) são naturalmente afastadas, numa tentativa de se preservar do adoecimento. Uma forma de se efetivar o afastamento da doença é separando utensílios e evitando o contato com os doentes. A autora pondera ainda que esta crença também é compartilhada pelo próprio doente que considera ser esta, uma forma eficaz de proteger aos demais, e indiretamente de “garantir” que não serão responsabilizados por novos casos de tuberculose, pois isto seria um peso a mais que teriam que suportar.

Essa atitude, embora seja comum entre os doentes, é difícil de ser aceita, e experienciada com uma carga de sofrimento, de medo e de tristeza.

Bate uma tristeza, bate, mas só que a gente não pode deixar levar, não pode ficar jogado no hospital igual lá no que eu fiquei. Nossa! Foi muito triste, você ver cada coisa dentro. Desamina até de viver. Chegou um rapaz muito magro, ia lá conversar com ele ,ele nem tinha força chorava... Aí foi melhorou um pouquinho. Mas por que? Paciente já se sente sozinho, isolado, desprezado por todo mundo! É aonde que a doença acaba com ela mesmo. A pessoa já tá naquela dificuldade pra viver ainda fica ignorada pelos outros (José P.).

Eu tenho medo, é só do home lá no sítio não me aceitar mais, já tem mais de 20 dias que eu não consigo falar com ele. Eu preciso trabalhar, tô com medo dele não acreditar em mim, de ficar com medo do que eu tenho, de repente ele tem preconceito da doença e eu não vou esconder dele. Não tem como eu esconder, se eu for trabalhar com ele, não tem como. Eu vou mostrar os papéis direitinho, mostrar os medicamentos e, tomara Deus que ele me aceite, eu vou mostrar que tem tratamento e eu vou curar eu tenho certeza. Eu acredito que vai acabar tudo bem... Vai dar tudo certo! (José C.).

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 (SÁ, 2007). Vale considerar ainda, que o preconceito afasta a pessoa doente da função laboral tornando-a incapaz e infeliz com a condição ora vivenciada.

5.4.4 O que a doença traz como perspectiva de vida

Nesta categoria as pessoas que vivenciam a tuberculose, trazem a representação de uma doença que, ao mesmo tempo em que pode causar preconceito, exclusão e abandono, pode trazer a possibilidade de redimensionar a vida diante desse adoecer. A doença aparece como uma base possibilitadora de continuar a existir, mesmo que para isso necessite estabelecer várias mudanças no modo de operar a vida cotidiana.

Eu fiz vários exames durante meu tratamento. Nossa! Escarro e sangue, você sabe? Pra saber seu eu tinha outras coisas, HIV, nossa como eu tinha medo. Porque eu já fiz muita zuada nessa vida, muita namorada, fiquei com aquilo na cabeça "se eu tive tuberculose por que eu não ia ter outra coisa?" Aí fiquei com isso na cabeça: "será que isso não tá misturado com outra

coisa?" Mas graças a Deus, não deu nada, tá até aqui ó, pode conferir (ele mostra os exames com resultados negativos. [...] é porque eu bebia muito, né, não sei se era mais efeito do álcool ou o que... Mas aí depois acabou... (José L.).

Ela (a tuberculose) representou uma mudança muito radical, né, porque eu tive que parar com as bagunças né. Eu bebia, fumava, isso tudo ajuda a doença. E isso tudo eu tive que parar, pra me libertar, porque eu fumava até maconha. Creio que sim, porque eu virei muitas noites na rua, na friagem, sereno, noite mal dormida, sem se alimentar corretamente, eu até como demais mas só porcaria, hambúrguer , refrigerante... Só isso, não como as vitaminas necessárias (José F.).

Não pára de fazer o tratamento, não, gente... Pára não que sei lá, é aquilo se você quiser viver corre atrás, porque seu eu não tivesse tratando, creio eu que não taria aqui, não taria mesmo, porque eu tava muito desleixado, não com minha vida, com minha saúde, com minha higiene, mas muito desleixado de mente mesmo, tava ó... Num queria saber de nada, só no morro, de nada que eu falo assim... A doença acabou me chamando de novo pra responsabilidade, foi um puxão de orelha enorme, tá... A vida as vezes faz isso com a gente, a vida me deu um tapa de luva (José M.).

Pôrto (2007) considera que doença associa-se a dois extremos: de um lado o ínfimo, que abarca a fome, a incapacidade de prover recursos mínimos para sua própria sobrevivência ou da família e, de outro, os excessos, especialmente o consumo de bebida e as farras, que são os mais mencionados e deixam transparecer que o comportamento desregrado, atribuindo-se então, a essas causas, a representação de que se trata de doença que envergonha. E, embora a doença possa trazer essa representação que envergonha, traz também a representação de libertação, de recomeço, como representado na fala a seguir.

Mas o que de bom essa doença trouxe na minha vida... O melhor... Foi o sossego espiritual, né, é... Hoje, a gente é assim... Aonde que meu dedo apontava eu ia, não queria saber de nada não: Rio, São Paulo, Três Rio, Bahia, mas com objetivo de liberdade só... Mais uma coisa de vai e vem sem futuro, sem nada. Hoje eu ando menos, mas sei onde quero chegá, tenho objetivos. Se eu pudesse mudar uma coisa no mundo eu encarecia mais o cigarro, mais a bebida, porque é o mal, e outra, a humilhação que você passa perante as droga no hospital, você vê um descaso, porque eu sei que aquilo tá me fazendo mal, eu preciso daquilo, é como é que eu fico. A sociedade não vai cuidar de mim com bons olhos, agora, se eu me acidentar quando eu tiver trabalhando aí é outro caso, aí é um trabalhador... Outro esquema... E tem gente que chega aqui bravo, achando ruim, trazendo aborrecimento de quem vai cuidar de mim, aí você tem que ir prum hospital de doido, uai (José F.).

[...] mas graças à doença e à minha doença eu diminuí um pouco do crack... Já tô ficando coroinha... Não dá mais não, eu quero caçar um internamento, queria tá lá em São Paulo, porque eles iam me internar a força. Poxa, eu não tenho condição financeira, não ajuda... A gente faz um mundinho só pra nós, pra sair desse mundo e muito difícil... A abstinência, só quem passa sabe o que é... É uma doença, não é fácil, é difícil (José M.).

O que percebemos diante das representações é que muitos deles conseguem encontrar forças para refazer sua história de vida e buscam, na doença e suas representações, possibilidades reais disso acontecer. Contudo, refazer-se diante da fragilidade é difícil e, enquanto profissionais de saúde, precisamos estar atentos e oferecer possibilidades, apoio e oportunidade para que se concretizem mudanças que fortaleçam a ação terapêutica. Essas oportunidades não devem ser favorecidas somente pelo setor saúde, é importante que se busque ajuda intersetorial para oferecer, às pessoas com tuberculose, a mudança de vida favorável à sua melhora, especialmente porque neste momento da vida essas pessoas encontram-se excluídas e marginalizadas, necessitando de ajuda para retomar a autoestima.

Feuerwerker apud Mazzei e colaboradores (2003) considera que a ação intersetorial deva abranger a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também a superação de conflitos para conseguir mobilizar e desempenhar ações que implicam principalmente na acumulação de forças, construção de sujeitos e descoberta de possibilidades de agir, atitudes importantes, a nosso ver, para o cuidado da pessoa com tuberculose.

A abordagem de intersetorialidade, segundo Pereira apud Mazzei e colaboradores (2003), vai ainda além. Ela nos direciona a compreensão de suporte social, o qual é definido como o processo (percepção ou recepção) pelo qual os recursos, em uma estrutura social, permitem satisfazer necessidades (instrumentais e expressivas) em situações cotidianas e de crise. Envolve muito mais que o indivíduo, também seu ciclo de convivência permeado de pessoas (cônjuge, família, amigos, vizinhos, os profissionais de saúde) e serviços.

Assim, não há de ser exagero afirmar que as diversas formas de representação da tuberculose nada mais seriam que expressões da vontade coletiva de reorganização da ordem social, colocada em xeque por um tipo de fenômeno que escapa aos instrumentos desenvolvidos pela sociedade com vistas à sua preservação e perpetuação. Por outro lado, é interessante observar como as imagens criadas, a partir da vivência coletiva da doença, se adéquam, enquanto metáforas, ao tratamento de situações tidas socialmente como indesejáveis (PÔRTO, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“É que até minha sombra é inexorável,
Morrer! morrer! soluça-me implacável.*

*Adeus, pálida amante dos meus sonhos!
Adeus, vida! Adeus, glória! amor! anelos!
Escuta, minha irmã, cuidosa enxuga
Os prantos de meu pai nos teus cabelos.
Fora louco esperar! fria rajada
Sinto que do viver me extingue a lampa...
Resta-me agora por futuro — a terra,
Por glória — nada, por amor — a campa.*

*Adeus! arrasta-me uma voz sombria
Já me foge a razão na noite fria!”
(Castro Alves)*

A tuberculose é uma doença que assombra a humanidade desde a pré-história, e mesmo com a evolução da ciência ela continua sendo um grave problema de saúde pública, em especial no Brasil, onde a descentralização das ações de controle e a vigilância epidemiológica tem papel de destaque nas atribuições da atenção primária à saúde.

É importante ressaltar que as representações identificadas a partir deste conhecimento reforçam a relevância do estudo da Teoria da Representação Social como referencial teórico importante para uma melhor interpretação do imaginário individual e social das pessoas em tratamento de tuberculose.

Conhecer as representações que permeiam o universo do tratamento da tuberculose, com suas fortalezas e fragilidades, é de grande importância, pois as irregularidades do tratamento (o abandono, por exemplo) favorecem à resistência medicamentosa e à recidiva da doença, ocasionando dificuldades ao processo de cura e aumentando o tempo e o custo do tratamento

Neste estudo, nas representações construídas pelos entrevistados, pode-se notar uma mistura de revelações ancoradas em experiências de cunho individual, mas que são vivenciadas pelos mais diversos atores sociais (como a família, amigos, colegas de trabalho) através do senso comum.

Ao se depararem com sintomas considerados clássicos da doença, como a tosse, por exemplo, alguns sujeitos não percebem a gravidade do seu adoecimento, trazendo a representação de uma doença não assustadora, mas de uma doença

que tem cura fácil, até que esta tosse venha acompanhada de sangue, a reveladora hemoptise. Traz a tona então uma representação bastante expressiva sobre a doença que causa medo. Medo, relacionado à representação da história social, que caracterizado por alguns sinais e sintomas emblemáticos da doença como a tosse com sangue.

Esta representação que banaliza a doença dificulta o diagnóstico precoce, favorecendo inclusive a possibilidade de transmissão da doença em seu meio, dificultando ainda mais o controle da doença. Esta representação pode ser reelaborada, mas para isso é necessário que o serviço de atenção primária à saúde consiga colocar em prática de maneira mais eficiente a prática de busca ativa dos “tossidores crônicos” da comunidade, especialmente por meio da visita dos agentes comunitários de saúde, o que poderá favorecer o encaminhamento ao serviço de saúde em tempo hábil para o tratamento da doença.

Contudo, alguns sujeitos do estudo representam a tuberculose como algo que ao se manifestar trouxe o medo da morte, embora nos dias de hoje ela seja curável na maioria dos casos. Para mudar esta realidade faz-se necessário uma adequada orientação por parte dos profissionais sobre sua doença, informando com precisão sobre sua patologia, tratamento e cura.

O preconceito é expressivo por parte de pessoas de seu convívio social, revelando ainda que a população e também a pessoa com a doença não reconhecem os mecanismos de transmissão da doença, o que o coloca em situação de vulnerabilidade e ao mesmo tempo expõe os que com eles coabitam.

No campo do tratamento, este é representado como algo que limita socialmente e fisicamente, provocando alterações orgânicas difíceis de serem superadas, e que o limita não favorecendo o desenvolvimento de atividades rotineiras e importantes para sua construção enquanto sujeito social, como é o caso, por exemplo, do trabalho. Através desta representação, percebemos a importância de incluir no tratamento a família e outras pessoas relevantes do seu meio social, possibilitando assim a compreensão dos mecanismos de transmissão, o que certamente favorecerá o convívio social e ajudará na promoção da autoconfiança durante seu tratamento.

Contudo, alguns sujeitos trazem através das representações elaboradas reações positivas, percebem no seu adoecimento a grande alavanca e motivação

para a mudança de hábitos de vida, como forma única de curar sua doença e alcançar a cura e aceitação social.

As representações revelam uma atenção à saúde pouco capaz de responder as necessidades dessas pessoas que vivenciam a tuberculose, porque ainda tratam a doença e se esquecem de tratar o doente. A não individualização da assistência acaba por favorecer o abandono do tratamento, por não considerar as diversas necessidades individuais que ancoradas em suas representações, tornam-se elemento norteador da terapêutica.

Percebemos também, através deste estudo a necessidade de melhorar processos de educação da população para que conheçam mais e melhor sobre a doença, sua etiologia e também seus sinais e sintomas favorecendo assim sua prevenção e também seu diagnóstico precoce, o que de certo favorecerá a formulação de uma nova representação sobre a doença.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para gestores e profissionais de saúde compreenderem e assimilarem de forma mais concreta a imagem da tuberculose não só como uma doença física, mas também uma doença que integra o universo social das pessoas que com ela convivem, e a partir disso possam direcionar políticas e organizar a assistência de forma a contemplar este aspecto tão essencial para tratamento, cura e reabilitação das pessoas. Na assistência à pessoa em tratamento de tuberculose é importante que os profissionais de saúde criem oportunidades de verbalização, para que os sujeitos expressem seus medos, sofrimentos e angústias que rodeiam o universo da doença, o que poderá contribuir significativamente para enfrentamento e superação das representações negativas a cerca da patologia, como também na busca de novas possibilidades de enfrentamento da doença. E que diante da verbalização dos doentes, o profissional se comprometa com suas angústias e aflições, buscando soluções e alternativas para amenização das mesmas.

No entanto, salientamos que uma das limitações do estudo foi a dificuldade de acessar as pessoas com tuberculose. Embora, a quantidade de participantes no estudo tenha dado conta da reincidência de informação, condição para término da coleta de dados nos estudos de natureza qualitativa, gostaria de ter podido entrevistar maior número de pessoas, o que foi inviabilizado pela conformação de organização e operacionalização da rede de atendimento. Dessa forma, entendemos

que uma lacuna que pode e deve ser explorada em estudos posteriores é a avaliação da rede de atendimento às pessoas com tuberculose no município.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.
- ALMEIDA, G. B. S. **Representações Sociais de usuários e profissionais de serviços básicos de saúde sobre hipertensão arterial: o discurso do sujeito coletivo**. 2009. 232f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- ANDRADE, L. O. M. BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária á saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.
- ÂNGELO, J. R. **(Re)produção do espaço urbano de Juiz de Fora - MG e distribuição espacial da tuberculose**. 2008. 148f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública)– Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.
- ANTUNES, F. A. **Programa nacional de luta contra a tuberculose: ponto da situação epidemiológica e de desempenho**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/8B5396AB-E7B3-4B81-A368-F2B5F7E28F95/0/RelatorioTuberculoseDGS.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2011.
- ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 367-379, 2000.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ana Néri no “país do futuro”**: a aventura da luta contra a tuberculose, Rio de Janeiro, 1992. 355f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.
- BASTIAN, L. I. et al. Directly observed treatment, short-course strategy and multdrug’s resistant tuberculosis: are any modifications required? **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 78, n. 2, p. 238-250, fev. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano nacional de controle da tuberculose**. Brasília: 1999. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose** – guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002a. Elaborado pelo Comitê Técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica. 6. ed. rev. e ampl. –Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 148).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. **Programa nacional de controle da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 284 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 168 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. **Tuberculose** - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. [20--]. Disponível em:

<<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>>. Acesso em: 9 ago. 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CONDE, M. B.; SOUZA, G. M.; KRITSKI, A. L. **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

CONDE, M. B. et al. (Coord.). III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 10, p. 1018-1048, out. 2009.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 51-66.

DANIEL, V. S.; DANIEL, T. M. Old testament biblical references to tuberculosis **Clinical infectious diseases**, Chicago, v. 29, n. 6, p. 1557-1558, Dec 1999.

FRIEDEN, T. R.; DRIVER, C. R. Tuberculosis control: past 10 years and future progress. **Tuberculosis**, Edinburgh, v. 83, n. 1-3, p. 82-85, 2003.

FUNDO GLOBAL TUBERCULOSE – BRASIL. **Brasil avança contra tuberculose**. 2011. Disponível em: <http://fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id_content=1525>. Acesso em: 10 out. 2011.

GOOFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

HIJJAR, M. A. et al. **Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro**. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 310-314, 2005.

JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 63-85.

LONG, T. **March 24, 1882: Koch Pinpoints the TB Bacillus**. 2008. Disponível em: <http://www.wired.com/science/discoveries/news/2008/10/dayintech_1024>. Acesso em: 10 ago. 2011.

LOPES, A. C. **Tratado de clínica médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

MAIOR, M. L. et al. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. **Jornal brasileiro de pneumologia**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 202-209, mar./abr. 2012.

MAZZEI, A. M. A. et al. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Boletim de pneumologia sanitária**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 41-46, dez. 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Minas contra a tuberculose**. 2007. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/minas-contra-a-tuberculose/>. Acesso em: 10 ago. 2011.

MINAYO. M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, jun. 2008.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigação em psicologia social. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, 2005.

MUÑOZ-SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. **Boletim de pneumologia sanitária**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. p. 19-26, abr. 2004.

MUÑOZ-SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. p. 669-675, fev. 2011

PILLER, R. V. B. Epidemiologia da tuberculose. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 41, p.43-49, 2007. Suplemento 1.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS EM TUBERCULOSE. **Sobre a tuberculose**: a tuberculose. [20--a]. Disponível em: <<http://redetb.org/sobre-a-tuberculose>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS EM TUBERCULOSE. **A história da tuberculose**. [20--b]. Disponível em: <<http://redetb.org/sobre-a-tuberculose>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

REIGOTA, M. **Meio ambiente e representação social**. São Paulo: Cortez, 1995.

RODRIGUES, I. L. A.; SOUZA, M. J. Representações sociais de clientes sobre a tuberculose: desvendar para melhor cuidar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 80-87, abr. 2005.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 51-58, jan./fev. 2002.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Orgs.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: Instituto do Milênio Rede-TB, 2006. 210 p.

SÁ, A. M. M. **O sentido do tratamento para tuberculose no cotidiano de doentes e de profissionais de saúde**. 2007. 161f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, M. L. S. G. et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, p. 762-767, set./out. 2007. Número especial.

SANTOS FILHO, E. T. **Tempos de mudanças para o controle da tuberculose no Brasil**. Rio de Janeiro: PHW-OSI, 2006.

SIMÕES, S. **Equipamento de proteção respiratória (EPR) contra Mycobacterium tuberculosis**. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 3, 2002. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/html/articledbc5.html?id_comunicacao=133>. Acesso em: 23 ago. 2011.

SIQUEIRA, H. R. Enfoque clínico da tuberculose pulmonar. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-18, 2012.

SOUZA, F. B. A.; TOCANTINS, F. R. Contactantes de doentes com tuberculose multiresistente - possibilidades de intensificar a ação da enfermagem. **Boletim de pneumologia sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 19-32, jan./jun. 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. 15. reimp. São Paulo: Atlas, 2007. 175p.

TURA, L. F. R. AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (Orgs.). **AIDS e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998. p. 121-154.

VALA, J. A análise do conteúdo. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Afrontamento, 1986. p.101-128

VIEIRA, D. E. O.; GOMES, M. Efeitos adversos no tratamento da tuberculose: experiência em serviço ambulatorial de um hospital-escola na cidade de São Paulo. **Jornal brasileiro de pneumologia**, Brasília, v. 34, n. 12, p. 1049-1055, dez. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tuberculosis: a global emergency. **World health forum**, Geneva, v. 14, n. 4, p. 438, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing** : WHO report 2004. Geneva: World Health Organization, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global Plan to Stop TB 2006-2015**. Geneva: World Health Organization, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control 2009: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2012**. Geneva: World Health Organization, 2012a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2012: Annex 2 – country profiles**. Geneva: World Health Organization, 2012b.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: Representações sociais de usuários assistidos pela estratégia saúde da família sobre o tratamento de tuberculose

Pesquisadora: Erika Andrade e Silva

Orientadora: Girlene Alves da Silva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a): _____,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Representações sociais de pessoas vivendo com tuberculose sobre a doença e seu tratamento**, que está sendo desenvolvida por Érika Andrade e Silva, pós-graduanda do Curso de mestrado em saúde Coletiva da faculdade de medicina da UFJF, sob a orientação da Profa. Dra. Girlene Alves da Silva.

Os objetivos deste estudo são: Descrever as representações sociais das pessoas portadoras de tuberculose, sobre a doença e seu tratamento e analisar as representações sociais das pessoas portadoras de tuberculose, assistidas pela Estratégia Saúde da Família, sobre a doença e o tratamento de tuberculose.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar retirando o seu consentimento. Sua recusa não lhe trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Sua participação consistirá em uma entrevista que será gravada em MP4, arquivadas com a pesquisadora e destruída após cinco anos do término do estudo. Sua participação não lhe trará nenhum custo ou compensação financeira, bem como favorecimento no seu tratamento. Como se trata de uma entrevista é sabido que não incorrerá em risco, mas caso ocorra e seja comprovada a relação com a pesquisa, a pesquisadora será responsável pela indenização. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto significa que em nenhum momento do estudo será divulgado o seu nome. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os benefícios relacionados à pesquisa e sua participação permitirão

desenvolver estratégias que melhorem a qualidade assistencial aos pacientes em tratamento de tuberculose.

Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, estarei à sua disposição de segunda à sexta-feira, das 8 às 17 horas, através do tel.: (32) 9918-7408 email: erikandradesilva@gmail.com ou na Faculdade de Enfermagem/ Campus Universitário/Martelos/Juiz de Fora/MG-CEP 36130.033. Dra. Girlene Alves da Silva (Tel.: (32) 3229-3821).

Os encontros serão agendados, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, sendo as entrevistas. Ao final da entrevista e da pesquisa, se for de seu interesse, lhe será permitido o livre acesso ao conteúdo das mesmas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, podendo esclarecer dúvidas sobre questões éticas de sua participação no projeto.

Comitê de Ética em Pesquisa: Campus Universitário da UFJF. Pró-Reitoria de pesquisa.

CEP: 36036.900. (32) 3229-3788.

Agradeço a sua colaboração e solicito o seu acordo neste documento.

Eu, _____
 Portador (a) do documento de identificação n. _____ estou ciente dos objetivos da pesquisa: **Representações sociais de usuários assistidos pela estratégia saúde da família sobre o tratamento de tuberculose** e da forma da minha participação na mesma e aceito participar como voluntário(a) das atividades deste estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar de assim desejar. Conforme previsto na Resolução 196/96, a assinatura abaixo representa o meu acordo em participar da pesquisa.

| | | |
|------|---|------|
| Nome | Assinatura do participante | Data |
| Nome | Assinatura do Pesquisador responsável pela entrevista | Data |

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada

Título: Representações sociais de usuários assistidos pela estratégia saúde da família sobre o tratamento de tuberculose

Pesquisadora: Erika Andrade e Silva

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Roteiro para entrevista

I - Identificação

- Data de nascimento: ____/____/____.
- Sexo: _____
- Endereço: _____
- Número de prontuário: _____
- UAPS de referência: _____
- Situação conjugal: _____
- Religião: _____
- Grau de instrução: _____
- Profissão: _____
- Situação atual de trabalho: _____
- Renda familiar: _____
- Números de pessoas que residem com você no seu domicílio: _____
- Situação no Tratamento:
 - () Caso Novo
 - () Retratamento ou com tratamento anterior
 - () Falência
- Tempo do tratamento atual: _____
- Fase do tratamento:
 - () Fase intensiva: 2 primeiros meses
 - () Fase de manutenção: 4 meses seguintes

II - Questões norteadoras da entrevista

- Como você descobriu que estava com tuberculose?
- O que você sabe sobre a Tuberculose? O que ela significa na sua vida?
- Como têm sido sua rotina de vida desde que você começou o tratamento anti-TB. Quantos medicamentos você toma por dia?
- O que representa pra você este tratamento que está realizando?

ANEXOS

ANEXO A – Termo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PROJETO DE PESQUISA

Título: Representações sociais de portadores de tuberculose, assistidos pela atenção primária em saúde, sobre a doença e seu tratamento.

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02537112.5.0000.5147

Pesquisador: Érika Andrade e Silva

Instituição: Faculdade de Enfermagem

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 100.277

Data da Relatoria: 12/07/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de uma mestranda em Saúde Coletiva da UFJF. O projeto de pesquisa foi bem apresentado, de forma sucinta e clara em todos os itens.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão claros, bem formulados e são passíveis de serem realizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora fez uma avaliação dos riscos e benefícios da pesquisa de forma adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O cronograma da pesquisa está bem apertado e sugiro a pesquisadora planejar a sua defesa de Mestrado no início de 2013, se possível, para ter mais tempo de se dedicar à pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Está bem resumido, mas contém os dados essenciais para a clareza e assinatura dos sujeitos, futuros participantes do estudo.

Recomendações:

A única recomendação é a alteração no cronograma a pesquisadora e sua Orientadora negociarem um prazo maior para a finalização do estudo e ganhar pelo menos mais dois meses para a defesa da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva da UFJF.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora já pode iniciar o processo de coleta de dados de seu estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomenda-se alteração no cronograma.

JUIZ DE FORA, 18 de Setembro de 2012

Assinado por:
Edelvais Keller

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu

**ANEXO B – Autorização da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde para
realização da pesquisa**

DECLARAÇÃO

Na qualidade de responsável pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora, **AUTORIZO** a realização da pesquisa intitulada **“Representações sociais de portadores de tuberculose, assistidos pela atenção primária em saúde sobre a doença e seu tratamento”**, a ser conduzida sob responsabilidade da pesquisadora **Érika Andrade e Silva** e **DECLARO** que essa instituição apresenta a infra estrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, 29 de fevereiro de 2012

Adriana Moreira de C. Barcelos
Subsecretária de Atenção Primária
à Saúde
Prefeitura de Juiz de Fora

Adriana Moreira de Carvalho Barcelos
Subsecretária de Atenção Primária à Saúde