

VULNERABILIDADES EM PACIENTES COM TUBERCULOSE NO DISTRITO SANITÁRIO DE SANTA FELICIDADE – CURITIBA, PR*

Claudia Bowkalowski¹, Maria Rita Bertolozzi²

RESUMO: Objetivou-se identificar características dos pacientes com tuberculose e as variáveis potenciais de desgaste e vulnerabilidades para essas pessoas em relação à doença num estudo conduzido sob o marco teórico da vulnerabilidade. Integraram o estudo 26 sujeitos matriculados em unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, Curitiba, Paraná. Os dados foram coletados usando um questionário e os resultados mostraram que 73% eram do sexo masculino, 84,6% apresentavam tuberculose pulmonar, 11,5% já tinham sido tratados anteriormente e 15,4% submeteram-se ao tratamento supervisionado. O estudo mostrou características pessoais relativas ao processo saúde-doença e de reprodução social, sendo que alguns sujeitos apresentavam vulnerabilidade individual em maior escala que outros. Revelou-se também vulnerabilidades para o enfrentamento da vida como moradia, grau de instrução, acesso a bens de consumo e a serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Análise de vulnerabilidade; Epidemiologia.

WITH TUBERCULOSIS PATIENTS' VULNERABILITIES IN THE HEALTH DISTRICT OF SANTA FELICIDADE – CURITIBA, PR

ABSTRACT: The study aimed to identify characteristics of patients suffering from tuberculosis and identify variables which may entail potentials for distress and vulnerability for those people. Guided by the vulnerability theoretical landmark, 26 subjects at primary health units from Santa Felicidade Sanitary District, Curitiba/PR, Brazil joined the study. Data collection was held between July and August/2005 by means of a questionnaire. Results pointed out that 73% of the patients were male, 84.6% suffered from lung tuberculosis, and among these ones, 11.5% had formerly been under treatment, and 15.4% have got a follow-up treatment. The study evidenced personal, of the health-disease process, and of social reproduction characteristics; some subjects presented individual vulnerability in a higher degree than others. It also unveiled vulnerabilities for life coping such as housing, educational level, access to consuming assets and to health services.

KEYWORDS: Tuberculosis; Vulnerability analysis; Epidemiology.

VULNERABILIDADES EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL DISTRITO SANITARIO DE SANTA FELICIDADE – CURITIBA, PR

RESUMEN: Se objetivó identificar características de los pacientes con tuberculosis y las variables potenciales de desgaste y vulnerabilidades para esas personas en relación a la enfermedad. Conducido bajo el marco teórico de la vulnerabilidad. Integraron el estudio 26 sujetos matriculados en unidades básicas de salud del Distrito Sanitario de Santa Felicidade, Curitiba, Paraná. Los datos fueron recogidos usando un cuestionario y los resultados mostraron que 73% eran de sexo masculino, 84,6% presentaban tuberculosis pulmonar, 11,5% ya se habían tratado anteriormente y el 15,4% se sometieron al tratamiento supervisado. El estudio mostró características personales, relativas al proceso salud-enfermedad y de reproducción social siendo que algunos sujetos presentaban vulnerabilidad individual en mayor escala que otros. Reveló también vulnerabilidades para el enfrentamiento de la vida como vivienda, grado de instrucción, acceso a bienes de consumo y servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis; Análisis de vulnerabilidad; Epidemiología.

*Extraído da Dissertação de Mestrado “Vulnerabilidades em pacientes portadores de tuberculose do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, Curitiba/Paraná”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-EEUSP.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EEUSP. Professora de Saúde Coletiva da Universidade Tuiuti do Paraná. Autoridade Sanitária da Secretaria Municipal Curitiba, Paraná.

²Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Livre-Docente em Enfermagem em Saúde Coletiva.

Autor correspondente:

Maria Rita Bertolozzi

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Av Doutor Eneas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo-SP, Brasil

E-mail: mrbertol@usp.br

Recebido: 21/06/09

Aprovado: 02/02/10

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, que tem como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido como bacilo de Koch. A transmissão ocorre pela tosse, fala ou espirro e o reservatório principal é o homem, podendo ocorrer também no gado bovino. Tem como principais sintomas o comprometimento do estado geral, tosse, inapetência, emagrecimento e febre. O período de incubação varia de 6 e 12 meses após a infecção inicial⁽¹⁾.

Nos últimos anos, detecta-se a diminuição na velocidade de queda, ou mesmo, um aumento nos casos de tuberculose em vários países, principalmente como consequência do empobrecimento de alguns segmentos da população. Por isso, a tuberculose pulmonar continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo⁽²⁾.

O controle da doença tem se apresentado complexo pela dificuldade de implantar um programa eficiente, principalmente em decorrência da desproporção entre necessidades e recursos disponíveis, bem como pela limitada cobertura e utilização da capacidade instalada de atenção; e, por fim, ao final dos anos 80 do século 20, surge o agravante da propagação do HIV⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁴⁾, em 2009, assinalou como principais causas para a gravidade da situação atual da tuberculose no mundo a desigualdade social, o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios⁽²⁾. Os bolsões de pobreza, que nas cidades mais populosas constituem terreno fértil para a disseminação da doença.

Cerca de 95% dos casos de tuberculose ocorrem nos países em desenvolvimento, 22 dos quais concentram 80% do total de casos. O Brasil ocupa o 15º lugar nesse *ranking* e a doença atinge todos os grupos etários, com predomínio em indivíduos considerados economicamente ativos, entre 15 e 54 anos. Nas últimas duas décadas, o Brasil registrou 42 milhões de infectados, com 112.000 óbitos⁽⁵⁾.

No Brasil, o quadro de persistência e recrudescimento da tuberculose, em vários municípios, determinou a reorientação das ações do Programa Nacional de Combate à Tuberculose (PNCT), pelo Ministério da Saúde, a partir de 1996. Teve o objetivo de descobrir, até 2001, 92% dos casos, curar 85% dos casos diagnosticados e reduzir a incidência e a mortalidade⁽⁶⁾.

Destaca-se que um dos principais problemas encontrados no mundo e, particularmente pelo PNCT, refere-se à não-adesão dos pacientes com tuberculose à terapêutica⁽⁴⁾. Assim, em 2001, também foi lançada a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) no Brasil a qual que se refere ao tratamento supervisionado de pacientes portadores da doença. O DOTS está pautado em cinco componentes: comprometimento dos governos no suporte financeiro do controle da enfermidade, detecção de casos por meio da microscopia de secreção entre os sintomáticos, regime de tratamento padronizado de seis a 8 meses para os casos confirmados, suprimento regular de todos os medicamentos essenciais antituberculose, assim como o sistema regular de registro e de notificação dos casos⁽³⁾.

Em relação ao problema da qualidade das informações em vigilância epidemiológica no Brasil, via de regra, o instrumental teórico-metodológico utilizado é insuficiente para explicar a ocorrência de agravos, e contribui limitadamente para prevenir e controlar as doenças⁽⁷⁾. Nessa linha, a tuberculose é interpretada como resultado da interação entre múltiplos fatores, e os indivíduos acometidos são apreendidos como um agregado de “elementos homogêneos”, num sistema ecológico equilibrado. Contudo, é fundamental lembrar que a doença é a expressão dos processos, que se desenrolam em outras dimensões, que integram a forma como vivem e trabalham as pessoas⁽⁸⁾.

Considerando a tuberculose como agravo de relevância social e epidemiológica, e, sendo Curitiba classificada como o 7º município paranaense com maior coeficiente de incidência da doença, o presente trabalho tem os seguintes objetivos: a) identificar características pessoais, relativas ao processo saúde-doença e a respeito de como vivem e trabalham os pacientes com tuberculose do Distrito Sanitário de Santa Felicidade; b) identificar as variáveis que podem se constituir como potenciais de desgaste e vulnerabilidades na manifestação da doença para essas pessoas.

MÉTODO

O presente estudo é do tipo descritivo exploratório. Pesquisa descritiva é aquela em que se expõem características de determinada população ou fenômeno, e a pesquisa exploratória é aquela realizada a partir da sistematização dos dados coletados, para priorizar e definir a utilidade da informação⁽⁹⁾. Está

pautado nos quadros conceituais da determinação social do processo saúde-doença e de vulnerabilidade. A vulnerabilidade corresponde à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, o que acarreta maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de forma inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção dos indivíduos contra as enfermidades⁽¹⁰⁾.

O estudo foi desenvolvido no Distrito Sanitário de Santa Felicidade (DSSF), que integra a Secretaria de Saúde do Município de Curitiba. O surgimento do bairro de Santa Felicidade deu-se em 1878, com a chegada de imigrantes italianos⁽¹¹⁾.

A Regional de Santa Felicidade possui população de 150.075 habitantes e uma extensão territorial de 11.871,3 hectares, sendo formada por 16 bairros. Parte da população trabalha tanto na área comercial dos bairros, quanto nos restaurantes típicos italianos e lojas de artesanatos, diferenciando esta regional das restantes no município de Curitiba, no que tange à oferta de empregos e qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Com relação aos equipamentos sociais, a região comporta 42 creches oficiais e 11 comunitárias, 38 escolas municipais e 29 escolas estaduais, 12 minibibliotecas e 2 centros municipais de atendimentos especializados⁽¹¹⁾.

No que se refere aos serviços de saúde, fazem parte da região um hospital de referência, 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que uma oferece atendimento por 24 horas, e um centro de especialidades médicas. Vale ressaltar que todas as UBS possuem equipes de saúde qualificadas para diagnosticar e tratar pacientes com tuberculose⁽¹¹⁾.

A captação dos sujeitos foi feita mediante consulta ao banco de dados do serviço de Vigilância Epidemiológica do DSSF, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram identificados 59 pacientes, notificados e tratados por tuberculose, da área de abrangência do DSSF, no período entre maio de 2004 a maio de 2005. Os critérios de inclusão foram: possuir notificação por tuberculose no banco de dados da Vigilância Epidemiológica do DSSF, pertencer à área de abrangência do DSSF e aceitar participar formal e voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: óbito, mudança de endereço, paciente não encontrado após 3 tentativas e recusa em participar da pesquisa.

Dos 59 pacientes, foi possível ter acesso a 26,

os quais se constituíram em sujeitos da pesquisa. Os principais problemas e intercorrências relacionadas à diminuição da população do estudo foram: endereço não localizado/inexistência do número da rua (15); falecimento do paciente em seis meses (5); paciente não morava no endereço, cumprindo pena no cárcere (3); recusa a participar da entrevista (4); e visita agendada em três períodos diferentes, sem sucesso (6).

Os 26 sujeitos convidados e que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto seguiu a Resolução 196/96⁽¹²⁾ e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná e do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Os dados foram coletados nos meses de julho a agosto de 2005 por meio da aplicação de um questionário, inicialmente submetido a um pré-teste, contendo perguntas abertas e fechadas, correspondente às seguintes variáveis: faixa etária, sexo, grau de instrução do sujeito e de sua mãe, tipo de tuberculose, história da doença e conhecimento sobre a doença, origem da doença, informação, número de faltas às consultas médicas, dificuldades e facilidades durante o tratamento, tipo de tratamento, acesso a moradia, número de pessoas que dormem (por cômodo), inserção no mercado de trabalho, ramo de atividade e posição ocupada no trabalho. Para a análise dos dados, foi utilizado o software *Statistica*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maior parcela de sujeitos entrevistados pertencia ao sexo masculino (73%) e faixa etária de 15 a 30 anos (57%). No Estado do Paraná, a faixa etária mais acometida pela doença encontrava-se, em 2005 entre 20-59 anos, com taxa de incidência de 42,09 casos por 100 mil habitantes. Tal incidência nessa faixa etária coloca o Estado em 9º lugar no *ranking* nacional quanto à tuberculose⁽¹³⁾.

Com relação a moradia, 73,0% possuíam domicílio próprio; 19,2% domicílio alugado e 7,7% encontravam-se em domicílio cedido. A propriedade de moradia integra uma das subcategorias relacionadas ao perfil de reprodução social, sendo a taxa de 7,7% vivendo em domicílio cedido reveladora de uma situação aparente de exclusão social, expressão empregada para referir-se às pessoas excluídas das políticas sociais básicas (habitação, saúde, trabalho e outros), o que lhes confere a condição de subcidadãos

ou “cidadãos de segunda classe”⁽¹⁴⁾.

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

Em relação à inserção no mercado de trabalho, verifica-se que 57,7% dos sujeitos afirmaram estar empregados formalmente, no momento do estudo, mas um percentual muito expressivo (42,3%) encontrava-se na condição de empregados informais. É importante ressaltar que este percentual de sujeitos em condição de emprego informal não possuía renda fixa, trabalhando somente em alguns períodos do mês, quando aparecia alguma oportunidade de trabalho temporário. A respeito da informalidade, esta pode estar diretamente ligada à precarização do trabalho. Uma das principais características do empobrecimento e aumento do desemprego em países periféricos, como o Brasil, diz respeito à precarização das relações de trabalho, ou seja, o conjunto de aspectos que reduzem as condições de seguridade vinculadas ao trabalho formal⁽¹⁶⁾.

Quanto ao ramo de atividades em que se encontravam inseridos os sujeitos do estudo, 27,0% trabalhavam em atividades relacionadas ao comércio, 23,0% na construção civil e 15,3% na indústria e serviços domésticos, enquanto 19,2% realizavam trabalho em outras categorias de atividade. Destaca-se, com exceção dos últimos, que aparentemente a ocupação dos demais revela baixa qualificação para o trabalho, pois 84,6% encontravam-se em situação de subalternidade e apenas 14,4% na posição de mando. Dos sujeitos em posição de mando, encontravam-se um médico, dois comerciantes e um técnico de segurança do trabalho.

Cada classe social se depara com determinadas condições de desenvolvimento das forças produtivas e com relações sociais específicas. Estas condições e relações determinam o conjunto da reprodução social, em meio do qual se estabelecem funcionamentos e probabilidades que podem implicar efeitos de vulnerabilidade para os membros ou componentes de cada classe⁽¹⁷⁾.

De acordo com o grau de instrução dos sujeitos da pesquisa, 42,3% afirmaram ter o ensino fundamental incompleto, 23,1% o ensino médio completo, 15,4%

eram analfabetos e somente 3,8% haviam concluído o nível superior. Em relação ao grau de instrução de suas mães, identificou-se predominância do analfabetismo (38,5%); seguido do percentual de 30,8% com o ensino fundamental incompleto. Nenhuma tinha o curso superior.

Os resultados do presente estudo revelam uma faceta da realidade brasileira e corroboram com a literatura, verificando a maior incidência da tuberculose nos estratos sociais com padrão de menor escolaridade⁽¹⁸⁾. Evidencia-se, também, uma vulnerabilidade social, pois a baixa escolaridade pode influenciar os indivíduos na obtenção de informações acerca da doença, assim como o acesso à informações de maneira geral e, por que não mencionar, o acesso à qualidade de vida.

Quanto ao tipo de tuberculose, o estudo revelou que 84,6% dos sujeitos da pesquisa apresentavam tuberculose pulmonar e 3,8% desenvolveram a forma extrapulmonar, mais especificamente a tuberculose pleural. Estes dados evidenciam a predominância da forma pulmonar, indo de encontro aos dados epidemiológicos do Centro de Vigilância Epidemiológica de Curitiba quando, no primeiro semestre de 2005, 385 usuários foram notificados por tuberculose pulmonar e 138 usuários por tuberculose extrapulmonar. A predominância da forma pulmonar coincide com a distribuição estimada para o Brasil pelo Ministério da Saúde⁽¹⁹⁾. Entre os sujeitos da pesquisa, 11,5% dos sujeitos desconheciam o tipo de tuberculose em tratamento.

Com relação à história da doença, ressalta-se que 11,5% dos sujeitos entrevistados afirmaram já tê-la tratado anteriormente. Este dado é importante porque demonstra abandono de tratamento. A alta por abandono de tratamento é dada ao doente que deixou de comparecer à UBS por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para o seu retorno. O processo de resistência a drogas na tuberculose está muito associado ao abandono, levando ao recrudescimento da doença⁽²⁰⁾.

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

Pelos relatos dos sujeitos, evidencia-se a associação da tuberculose ao estilo de vida, mais especificamente relacionado ao consumo de álcool e ao hábito de fumar: “*é uma doença meio complicada, por causa da bebida e do cigarro, e que ataca o pulmão...*”. Evidenciou-se, também, a

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

O caráter crônico da enfermidade está, muitas vezes, associado a sentimentos de tristeza, raiva e hostilidade cuja superação só se faz tornando possível uma adaptação à condição de saúde. Essa requer do indivíduo conhecimento relativo à doença, manifestações clínicas, sinais e sintomas, além da vontade de cooperar ativamente no tratamento⁽²¹⁾.

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

Com relação à concepção dos sujeitos sobre a origem da doença, 23,0% afirmaram que a enfermidade era transmitida pelo ar, 15,3% por bebida alcoólica, 15,3% afirmaram que a doença era transmitida pelo cigarro, 11,5% afirmaram que a tuberculose é transmitida por contato íntimo (associando-a à transmissão sexual), 3,8% por drogas e uso do transporte coletivo e 3,8% por ter entrado em contato com “*água de rio*”. Com menor expressão, mas também mencionadas, evidenciaram-se as representações da doença como associada a passar fome, morar na rua, viajar de avião: “*...pegou de alguém, da mulherada*”, “*...pegou na friagem do trabalho*”, “*...do vício, usando crack*”. Entretanto, 3,8% das pessoas entrevistadas mencionaram ter contraído a doença por ter feito uso do inalador do filho que se encontrava sob tratamento para tuberculose.

Foram 50% os sujeitos que mencionaram ter recebido informação sobre a tuberculose por meio de rádio/televisão, 23,1% por revista/jornal e 26,9% referiram não ter tido nenhuma informação. Destaca-se que uma menor proporção encontrada diz respeito ao acesso a informações sobre a doença nas escolas, e este dado chama a atenção na medida em que o espaço escolar, em tese, possui papel relevante na

divulgação de informações, bem como na preparação do indivíduo para o exercício da cidadania. Nos estudos de vulnerabilidade tem-se evidenciado a importância do acesso aos processos comunicacionais para a diminuição da suscetibilidade aos agravos em situações adversas, não se tratando meramente de difundir informação.

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

No processo de coleta de dados, solicitou-se aos pacientes que mencionassem quais foram, durante o tratamento, as facilidades e/ou dificuldades enfrentadas. Foi apontada como dificuldades: falta de medicamento, distância entre a UBS e o domicílio e relacionamento entre a equipe e o paciente.

A dificuldade de obtenção de medicamentos foi apontada por 3,8% dos pacientes que afirmaram não ter encontrado o medicamento na UBS na data em que foi agendada a sua entrega. Pelo fato de se ter uma amostra pequena, este percentual é significativo, pois, a partir da implantação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, a doença foi definida como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo-se diretrizes para as ações e fixando-se metas para o alcance de seus objetivos⁽⁵⁾.

O Brasil tem investido maciçamente na compra de medicamentos para a tuberculose, no intuito de suprir as necessidades apresentadas para o combate à doença. Face às transformações nos padrões de morbimortalidade, o país vem investindo na compra de medicamentos de maneira geral, incluindo aqueles utilizados na terapêutica de doenças infectocontagiosas e das doenças crônico-degenerativas⁽⁵⁾.

Outra dificuldade citada foi a distância entre o domicílio e a UBS: 3,8% mencionaram ter encontrado dificuldade em relação ao transporte coletivo para se deslocar até à UBS, tanto pela distância como pela demora na espera da consulta. Vale destacar que, por ser uma amostra pequena, o percentual é significativo no que concerne ao tipo de dificuldade encontrada pelo cliente.

A Lei 8080 é pautada por alguns princípios,

incluindo o processo de regionalização, que deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado; compreende territorialidade, identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível. Visa garantir o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis⁽²²⁾.

Com relação ao relacionamento com os profissionais da UBS: 58,0% dos sujeitos do estudo qualificaram-no como bom, 31,0% como ótimo e 8% como ruim. Para aqueles em que o relacionamento com os profissionais de saúde era ótimo ou bom isto se constituiu como uma facilidade do tratamento. Para os outros, uma dificuldade. O vínculo entre a equipe de saúde e o doente é fundamental para o sucesso do tratamento da tuberculose, visto que todo o processo de confiança e cumplicidade obtido entre os sujeitos irá determinar maior ou menor vulnerabilidade.

Os requisitos referentes ao que se considera uma boa comunicação entre profissionais e doentes compreendem vários fatores que se refletem nas atitudes do profissional em relação ao doente/família no dia a dia de trabalho. Esse processo vai desde o envolvimento dos familiares, passa pela cordialidade e estabelecimento de uma comunicação que envolve a interação por meio do contato face a face, o “olho no olho”, de entender o que se passa com o doente, incluindo a criatividade e a flexibilidade no sentido de satisfazer as necessidades do doente/família.

As atividades de comunicação/informação envolvidas no atendimento do doente com tuberculose constituem-se no ponto-chave de interação entre profissionais de saúde e os doentes⁽²²⁾. A prática dos profissionais de saúde não pode constituir-se de simples repasse de informações, negando a oportunidade de reflexão e interação dos atores envolvidos no processo.

Os enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) precisam empenhar-se em esclarecer aos usuários acerca de questões que dizem respeito ao processo saúde-doença, buscando criar condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e de comunicação que leve em conta a condição sociocultural de cada comunidade atendida⁽²²⁾. Nessa perspectiva, o doente com tuberculose precisa de informação desde

o diagnóstico, e que esta seja pertinente, clara e numa linguagem acessível quando se refere aos exames, tratamento e acesso a recursos disponíveis no serviço.

Quanto à marcação de consultas, a totalidade dos sujeitos entrevistados referiu não ter encontrado dificuldade. Isto é importante, na medida em que a Secretaria Municipal de Saúde prioriza as consultas para pacientes em tratamento por tuberculose, conforme mencionado no Manual de Orientação para Utilização do Programa Informatizado da Tuberculose⁽²²⁾.

Os resultados mostraram que somente 15,4% dos sujeitos do estudo submeteram-se ao tratamento supervisionado. Desde o lançamento do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, em 1996, o Ministério da Saúde adotou a estratégia DOTS, ou seja, o tratamento supervisionado da tuberculose. O DOTS, aplicado em sua amplitude, ou seja, não compreendendo apenas o fornecimento de medicação ao paciente, mas permitindo o acolhimento do paciente, tem-se mostrado uma prática efetiva na aderência ao tratamento da tuberculose⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A permanência da tuberculose está associada às condições de vida e de trabalho da população, bem como às condições limitadas de acesso à saúde. Os movimentos migratórios, a crescente desigualdade social, o advento da Aids e a multirresistência às drogas são aspectos que contribuem para o quadro atual da doença. O presente estudo foi conduzido sob o marco teórico da Vulnerabilidade, que corresponde à chance de exposição das pessoas ao adoecimento resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, o que acarreta maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento; e, de forma inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção dos indivíduos contra as enfermidades⁽⁹⁾.

Algumas características foram prevalentes no presente estudo, destacando-se as características pessoais: houve prevalência do sexo masculino e o nível de escolaridade dos sujeitos era semelhante ao de sua mãe.

Com relação às características relativas ao processo de reprodução social, pode-se destacar: a maioria possuía domicílio próprio e suprido com saneamento básico e luz elétrica, porém ressalta-se que há ainda muitos sujeitos sem saneamento básico e energia elétrica. Com relação ao número de pessoas

por cômodo, utilizado como domicílio, somente um indivíduo residia com mais de cinco pessoas no mesmo cômodo; destacou-se um grande percentual de indivíduos tendo acesso a bens materiais, prevalecendo televisão e rádio.

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

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

Por outro lado, o grupo estudado revela que, de um modo geral, há potencialidades para o enfrentamento da vida, como moradia adequada, grau de instrução relativo satisfatório, acesso a bens de consumo e a serviços de saúde.

Com relação à vulnerabilidade, é necessário disponibilizar instrumentos e meios para que o sujeito e a coletividade possam compreender a saúde-doença como processo socialmente determinado, porém passível de mudanças.

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

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). II Consenso Brasileiro de Tuberculose. Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. J Bras Pneumol. 2004; 30(supl 1): 54-6.
2. Ruffino Netto A. Tuberculose. Médicos HC-FMUSP 1998;1(3):38-42.
3. Rezende MB, Barbosa HHMM. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar. Rev Para Med. 2003;17(2):12-7.
4. World Health Organization. Global tuberculosis. [Report serial] 2009. Disponível: <http://www.who.int/gtg/publications>.
5. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Tuberculose. Brasília (DF): MS; 2009.
6. Souza WV, Albuquerque MFM, Barcellos CC, Ximenes RAA, Carvalho MS. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. Rev Saúde Pública. 2005;39(1):82-9.
7. Drumond MJ. Epidemiologia nos municípios: muito além das normas. São Paulo: Hucitec; 2003.
8. Fonseca RMS, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília: Série Didática: enfermagem no SUS; 1997.
9. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
10. Ayres JRCM, França I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p.50-71.
11. Secretaria Municipal de Urbanismo de Curitiba - SMU-CTBA. Histórico dos bairros. 2006. <http://www.curitiba.pr.gov.br/publico/secretaria.aspx?idf=222&servico=37>
12. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Combate à Tuberculose. Brasília(DF);1996.
13. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Combate à Tuberculose. Brasília (DF); 2006.
14. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Combate à Tuberculose. Brasília(DF); 2001.
15. Ministério da Saúde (BR). Indicadores Sócio-Econômicos. Brasília; 2004.
16. Valla VV, Stotz EM, Algebaile EB. Para compreender a pobreza no Brasil. São Paulo: Contraponto; 2005.
17. Granda E, Breilh J. Saúde na sociedade. São Paulo: Cortez; 1989.

18. Vendramini, SHF , Gazetta CEI, Chiaravalotti FN Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. J Bras Pneumol. 2005;31(3):237-43.
19. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Combate à Tuberculose. Brasília (DF); 2005.
20. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Combate à Tuberculose. Brasília (DF); 2002.
21. Mantovani MF, Ulbrich EM, Pinotto S, Giacomozzi LM, Labronici LM, Sarquis LMM. O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. Cogitare Enferm. 2008 Jul/Set;13(3):336-42.
22. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Manual para utilização do programa informatizado da tuberculose, 2005.