

PHELIPE GOMES DE BARROS

**Itinerário terapêutico de pacientes internados por tuberculose em Recife,
Pernambuco**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Doenças Infecciosas e
Parasitárias

Orientador: Prof. Dr. Francisco Oscar de
Siqueira França

São Paulo
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barros, Phelipe Gomes de
Itinerário terapêutico de pacientes internados
por tuberculose em Recife, Pernambuco / Phelipe
Gomes de Barros. -- São Paulo, 2020.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias.
Orientador: Francisco Oscar de Siqueira França.

Descritores: 1.Tuberculose 2.Itinerário
terapêutico 3.Comportamento de procura de cuidados
de saúde 4.Vulnerabilidade em saúde 5.Acesso
6.Serviços de saúde

USP/FM/DBD-334/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barros, Phelipe Gomes de
Itinerário terapêutico de pacientes internados
por tuberculose em Recife, Pernambuco / Phelipe
Gomes de Barros. -- São Paulo, 2020.
Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias.
Orientador: Francisco Oscar de Siqueira França.

Descritores: 1.Tuberculose 2.Itinerário
terapêutico 3.Comportamento de procura de cuidados
de saúde 4.Vulnerabilidade em saúde 5.Acesso
6.Serviços de saúde

USP/FM/DBD-334/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Aos meus pais, Maria Zoraide Gomes de Barros e Kerginaldo Araújo de Barros por todo o amor e empenho em garantir uma educação de qualidade ao longo de minha trajetória de vida.

Aos meus filhos Miguel Lima de Barros e Maria Luísa Andrade Lima de Barros, fontes inesgotáveis de amor e de força.

Ao meu irmão João Pedro Gomes de Barros pela torcida e incentivo.

Aos adoecidos por tuberculose, fortalezas de rocha firme onde tudo parecia ser apenas um castelo de areia

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado e me ofertar forças mesmo diante das situações mais difíceis, obrigado, meu Pai.

Aos pacientes que se dispuseram a contar suas histórias e relembrar eventos marcantes em sua vida para o bem da ciência.

Ao Prof. Dr. Francisco Oscar de Siqueira França, que além de orientador, foi um pai para mim nos momentos em que precisei. Obrigado por sua compreensão e por sempre acreditar que eu seria capaz.

À Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi pelo auxílio nesse trajeto tão importante, pela lapidação da pedra bruta de forma tão sutil e por ser tão afável nos momentos difíceis.

À família de Maria Luísa, por serem apoiadores do crescimento e desenvolvimento da minha pequenina com tanto amor e carinho.

À amiga Andreyana Javorski, que sempre foi fonte de incentivo, auxílio e companheirismo desde sempre.

À Amanda Fragoso por todo o apoio sempre que precisei.

Ao amigo Liniker Scolfild pela parceria acadêmica e incentivo.

Aos meus amigos de residência, Tiago Eugênio e Suelen Oliveira por todo o apoio, risadas e companheirismo nas lutas diárias.

Aos meus amigos e amigos dos meus pais, não citarei nomes para não cometer a injustiça de esquecer algum, mas que sempre rezaram, torceram pelo meu êxito e pelo meu crescimento enquanto homem e profissional.

À Profa. Dra Solane Queiroga Serrano por sempre me incentivar e acreditar em mim. Além de ser fonte de força através de sua torcida e de suas orações de “mãe” sempre que precisei.

Desculpo-me por não poder citar todos aqueles que participaram de forma direta ou indireta para a concretização desse projeto de pesquisa e de vida. Essa conquista é nossa.

Deixo aqui meu agradecimento a todos aqueles do Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias, em especial à Roseli e à Luiza, que sempre estavam com um sorriso no rosto e disposição em ajudar.

Phelipe Gomes de Barros

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| Lista de Siglas | |
| Lista de Figuras | |
| Lista de Tabelas | |
| Lista de Quadros | |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 29 |
| 3 OBJETIVOS..... | 31 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 31 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 31 |
| 4 MÉTODO..... | 33 |
| 4.1 Marco Teórico..... | 33 |
| 4.2 Tipo de Estudo..... | 35 |
| 4.3 Cenário do estudo..... | 35 |
| 4.4 População, local e período da coleta de dados..... | 39 |
| 4.5 Critérios de Inclusão..... | 39 |
| 4.6 Critérios de Exclusão..... | 39 |
| 4.7 Coleta de Dados..... | 39 |
| 4.8 Análise dos dados..... | 43 |
| 4.9 Aspectos Éticos..... | 44 |
| 5 RESULTADOS..... | 46 |
| 5.1 Perfil epidemiológico e sociodemográfico dos pacientes..... | 46 |
| 5.2 Características relacionadas ao processo saúde-doença e itinerário terapêutico..... | 51 |
| 5.3 Características clínico-laboratoriais e de tratamento dos pacientes... | 53 |
| 5.4 Os depoimentos dos pacientes..... | 59 |
| 5.4.1 Categoria I – Processo Saúde Doença..... | 59 |
| 5.4.2 Categoria II – Itinerário Terapêutico..... | 66 |
| 6 DISCUSSÃO | 107 |
| 6.1 Processo Saúde-Doença e o Itinerário Terapêutico: representações dos pacientes..... | 116 |
| 6.1.1 Categoria I – Processo Saúde-Doença..... | 116 |
| 6.1.2 Categoria II – Itinerário Terapêutico..... | 120 |
| 7 CONCLUSÕES | 135 |

| | |
|----------------------------|------------|
| 8 ANEXOS..... | 137 |
| 9 REFERÊNCIAS | 154 |
| Apêndices | |

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin)

E – Etambutol

ESF – Estratégia de Saúde da Família

H – Isoniazida

HOF – Hospital Otávio de Freitas

ILTB – Infecção Latente da Tuberculose

IT – Itinerário Terapêutico

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PNI – Programa Nacional de Imunização

PPD – Derivado Proteico Purificado

PT – Prova Tuberculínica

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/Aids

R – Rifampicina

TBEP – Tuberculose extrapulmonar

TB-MDR – Tuberculose multidrogarresistente

TDO – Tratamento Diretamente Observado

Tuberculose TB

UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

XDR-TB – Tuberculose Extensivamente Resistente

Z – Pirazinamida

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Localização geográfica de Recife e divisão do estado de Pernambuco em Gerencias, 2020..... | 36 |
| Figura 2 – Mapa para classificação dos resultados (Etapa 2 – Exploração dos dados) | 42 |
| Figura 3 – Itinerário Terapêutico do Paciente A, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 67 |
| Figura 4 – Itinerário Terapêutico do Paciente B, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 68 |
| Figura 5 – Itinerário Terapêutico do Paciente C, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 69 |
| Figura 6 – Itinerário Terapêutico do Paciente D, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 70 |
| Figura 7 – Itinerário Terapêutico do Paciente E, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 71 |
| Figura 8 – Itinerário Terapêutico do Paciente F, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 73 |
| Figura 9 – Itinerário Terapêutico do Paciente G Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 74 |
| Figura 10 – Itinerário Terapêutico do Paciente H, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 75 |
| Figura 11 – Itinerário Terapêutico do Paciente I, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 76 |
| Figura 12 – Itinerário Terapêutico do Paciente J, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 77 |
| Figura 13 – Itinerário Terapêutico do Paciente K, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 78 |
| Figura 14 – Itinerário Terapêutico do Paciente L, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 79 |
| Figura 15 – Itinerário Terapêutico do Paciente M, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 80 |
| Figura 16 – Itinerário Terapêutico do Paciente N, Hospital Otávio de | |

| | |
|---|----|
| Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 81 |
| Figura 17 – Itinerário Terapêutico do Paciente O, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 82 |
| Figura 18 – Itinerário Terapêutico do Paciente P, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 83 |
| Figura 19 – Itinerário Terapêutico do Paciente Q, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 85 |
| Figura 20 – Itinerário Terapêutico do Paciente R, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 86 |
| Figura 21 – Itinerário Terapêutico do Paciente S, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 87 |
| Figura 22 – Itinerário Terapêutico do Paciente T, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 89 |
| Figura 23 – Itinerário Terapêutico do Paciente U, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 90 |
| Figura 24 – Itinerário Terapêutico do Paciente V, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 91 |
| Figura 25 – Itinerário Terapêutico do Paciente W, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 92 |
| Figura 26 – Itinerário Terapêutico do Paciente X, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 94 |
| Figura 27 – Itinerário Terapêutico do Paciente Y, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 93 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes entrevistados. Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 46 |
| Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo segundo condições de trabalho e renda familiar dos entrevistados. Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 48 |
| Tabela 3 – Condições de moradia dos participantes do estudo. Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-202..... | 50 |
| Tabela 4 – Distribuição dos pacientes segundo sintomatologia e elementos relativos ao itinerário terapêutico percorrido até o diagnóstico. Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 51 |
| Tabela 5 – Caracterização clínico-laboratorial dos participantes do estudo. Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 54 |
| Tabela 6 – Comorbidades associadas à Tuberculose dos participantes do estudo. Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 55 |
| Tabela 7 – Esquema de tratamento dos participantes. Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-202..... | 56 |
| Tabela 8 – Causas de internação dos participantes. Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020..... | 57 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Rede Própria de Saúde de Recife, 2018..... | 37 |
| Quadro 2 - Categorias e subcategorias de análise..... | 43 |
| Quadro 3 - Elementos de vulnerabilidade segundo dimensões individual, social e programática..... | 58 |
| Quadro 4 - Potenciais elementos que contribuem para a vulnerabilidade dos pacientes internados..... | 65 |
| Quadro 5 - Elementos de Vulnerabilidade que emergiram dos discursos dos entrevistados..... | 103 |

RESUMO

Barros PG. *Itinerário terapêutico de pacientes internados por tuberculose em Recife, Pernambuco* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

Introdução: A tuberculose é considerada uma das principais doenças infecciosas o que pode ser comprovado através dos indicadores de incidência, morbidade e letalidade e é reconhecidamente associada às inequidades e às condições sociais. O itinerário terapêutico dos pacientes com tuberculose é mediado por elementos de vulnerabilidade e é um importante instrumento no campo da saúde coletiva para a identificação de pontos críticos no acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento adequados. **Objetivo:** Analisar o Itinerário Terapêutico de pacientes com diagnóstico de tuberculose, internados no Hospital Otávio de Freitas, Recife-PE. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quanti-qualitativa, em que foram realizadas entrevistas com pacientes internados, no período de maio de 2018 a junho de 2020, As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo e à luz do conceito de vulnerabilidade, em suas dimensões: individual, programática e social. **Resultados:** Foram entrevistados 25 pacientes. A maioria pertencia ao sexo masculino (17: 68,0%), apresentava baixa escolaridade (9: 36,0%), eram pardos (13: 52,0%), com baixa renda familiar (13: 52%), recorrendo, após o início da sintomatologia, às Unidades de Pronto Atendimento (17: 68,0%). A grande maioria dos pacientes apresentava comprometimento pulmonar (23: 72,0%) e teve como principal causa de internação, a presença de hemoptise (21: 84,0%). Das entrevistas emergiram duas categorias analíticas: Processo Saúde-Doença e Itinerário Terapêutico. Foram encontrados, nos itinerários dos pacientes, elementos de vulnerabilidade relacionados às iniquidades que evidenciam a a determinação social da tuberculose. Acerca da vulnerabilidade individual verificou-se que as condições de vida retardaram a procura de serviços de saúde, e dificuldade de acesso foram alguns dos elementos predominantes; na dimensão social, constatou-se o limitado apoio familiar para alguns pacientes, além da a busca por cuidados não profissionais de saúde e uso de drogas; e, na dimensão programática verificou-se o erro diagnóstico, demora para o diagnóstico definitivo e para o início do tratamento, assim como despreparo profissional no manejo da tuberculose. **Conclusões:** O acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose por parte dos entrevistados foi prejudicado por elementos de vulnerabilidade. Sendo assim, faz-se necessário o fortalecimento do Sistema Único de Saúde de modo a garantir a integralidade, a equidade e a universalidade minimizando, desta forma, iniquidades provenientes de uma sociedade desigual e marcada por sérios problemas políticos, de organização social e econômica.

Descritores: Tuberculose; Itinerário terapêutico; Comportamento de procura de cuidados de saúde; Vulnerabilidade em saúde; Acesso; Serviços de saúde.

ABSTRACT

Barros PG. Therapeutic itinerary of tuberculosis patients hospitalized in Recife, Pernambuco [Thesis]. São Paulo: Faculty of Medicine, University of São Paulo; 2020.

Introduction: Tuberculosis is considered one of the main infectious diseases, which can be proven through the indicators of incidence, morbidity and lethality and is recognized as associated with inequities and social conditions. The therapeutic itinerary of tuberculosis patients is mediated by elements of vulnerability and is an important instrument in the field of collective health for the identification of critical points in patients' access to appropriate diagnosis and treatment. **Objective:** To analyze the Therapeutic Itinerary of patients diagnosed with tuberculosis, hospitalized at the Hospital Otávio de Freitas, Recife-PE. **Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative-qualitative approach, in which interviews were conducted with hospitalized patients, from May 2018 to June 2020, The interviews were submitted to content analysis and in the light of the concept of vulnerability, in its dimensions: individual, programmatic and social. **Results:** Twenty-five patients were interviewed. The majority were male (17: 68.0%), had low schooling (9: 36.0%), were brown (13: 52.0%), with low family income (13: 52%), using, after the onset of symptomatology, the Emergency Care Units (17: 68.0%). The vast majority of patients had pulmonary involvement (23: 72.0%) and had the main cause of hospitalization, the presence of hemoptysis (21: 84.0%). Two analytical categories emerged from the interviews: Health-Disease Process and Therapeutic Itinerary. Vulnerability elements related to inequities that evidence the social determination of tuberculosis were found in the patients' itineraries. Regarding individual vulnerability, it was found that living conditions slowed the demand for health services, and difficulty in accessing were some of the predominant elements; in the social dimension, there was limited family support for some patients, in addition to the search for non-professional health care and drug use; and, in the programmatic dimension, the diagnostic error was verified, delay for the definitive diagnosis and for the beginning of treatment, as well as professional unpreparedness in the management of tuberculosis. **Conclusions:** The access to the diagnosis and treatment of tuberculosis by the interviewees was impaired by elements of vulnerability. Thus, it is necessary to strengthen the Unified Health System in order to guarantee integrality, equity and universality, thus minimizing inequities from an unequal society and marked by serious political problems, social and economic organization.

Descriptors: Tuberculosis; Therapeutic itinerary; Health care search behavior; Vulnerability in health; Access; Health service.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é conhecida há séculos. Múmias encontradas da era pré-dinástica egípcia e da pré-colombiana no Peru apresentavam lesões na coluna vertebral compatíveis com a doença. A evidência mais antiga de TB em seres humanos foi encontrada em um bebê e em uma mulher que viveram no período neolítico há 9 mil anos na região mediterrânea¹.

A patologia foi nomeada de diversas formas ao longo da história: *schachepheth* no Antigo Testamento², tísica, descrita por Hipócrates, *consumptio* em relatórios de Cícero e Roman, sendo finalmente chamada de tuberculose pelo fato de, em 1834, Johann Lukas Schölein ter unificado a nosologia da doença e observado a presença de tubérculos em todas as formas desta enfermidade³.

A descoberta do *M. tuberculosis* por Robert Koch (1843-1910) foi seguida por crescente conhecimento científico e pela evidência da significativa ocorrência de populações acometidas pela tuberculose. A descoberta do patógeno se deu no início da era pasteuriana, contestando a Teoria Miasmática, hegemônica durante a segunda metade do século XIX. Historicamente, Hipócrates considerava a doença como hereditária. Galeno (131-201), por sua vez, suspeitou que esta pudesse ser transmissível. Girolamo Francastoro (1483-1553) demonstrou a transmissão de algumas doenças através de partículas por contato direto ou indireto entre humanos. Benjamin Marten (1690-1752), em 1720, propôs que a doença pudesse ser transmitida por fômites, destacando que eram emitidos pela respiração e provenientes do pulmão³.

As manifestações clínicas e a evolução da doença foram mais precisamente descritas durante este século, sendo este período responsável pelas descobertas adicionais relativas à doença humana através da relação desta com a dos animais, especialmente bovinos. Jacob Henle (1809-1885) observou a transmissão de gatos para humanos e o desenvolvimento da doença em coelhos através de coletas humanas inoculadas nesses animais³.

Robert Koch encontrou bacilos que foram corados a partir de lesões humanas, como também presentes em vacas, porcos, galinhas, macacos,

coelhos e porquinhos da Índia e, através disto, percebeu que o patógeno em questão provocava várias formas de doença, dependendo do órgão ou do tecido afetado. Houve intensa resistência por parte da comunidade científica na época da descoberta de Koch em aceitar que a doença era transmitida pela tosse de humanos infectados, pelo fato de que a teoria bacteriológica ainda não era hegemônica, prevalecendo neste período, a concepção de que a tuberculose apresentava uma origem hereditária, ou congênita ou até mesmo que ocorresse espontaneamente³.

Em 24 de março de 1882, Robert Koch comunicou à Sociedade de Fisiologia de Berlim a descoberta do microrganismo responsável pela tuberculose pulmonar. Primeiramente o chamou de *Tuberkelvirus*³. A nomenclatura atual, *Micobacterium tuberculosis* foi instituída em 1883.

O bacilo de Koch possuía características de um bacilo ácido-álcool resistente (BAAR), ligeiramente encurvado, com 1 a 4 micra de comprimento, sendo intracelular aeróbio e não produtor de toxinas e tendo como principal reservatório o corpo humano^{4,5}.

A tuberculose disseminou-se mundialmente na segunda metade do século XIX a partir da África, através de caçadores. Nessas pequenas populações migrantes sugere-se que havia uma infecção sustentada com patógeno de baixa virulência e capazes de persistirem em hospedeiros humanos de forma crônica ou latente. Especula-se que o aumento da densidade populacional humana associados tanto com a Revolução Agrícola, ocorrida no período Neolítico, e com a Revolução Industrial, na Europa, tenham propiciado situações de intensa transmissão da TB, favorecendo o surgimento de cepas com maior virulência e período de incubação mais curto⁶.

A transmissão da tuberculose ocorre principalmente por via aérea^{4,5,7-9}. Após penetrar no organismo pela via respiratória, o *M. tuberculosis* dissemina-se para diversos órgãos. Esta primo-infecção raramente evolui para doença, devido ao incremento da resposta imune ao agente. No entanto o bacilo permanece viável, em forma latente, no indivíduo previamente infectado. Pode haver reinfecção exógena com evolução para latência ou doença. Posteriormente, em até 10 % da população infectada, em circunstâncias que determinem decréscimo da imunidade celular, pode haver reativação e

multiplicação bacilar com o desenvolvimento de doença. A tuberculose pode ocorrer em múltiplos órgãos e sistemas e pode se apresentar na forma miliar, que é definida pelo acometimento de dois ou mais órgãos não adjacentes, simultaneamente⁸. A apresentação clínica da TB pode variar de acordo com a idade, se há ou não imunossupressão e com o órgão acometido. Desta forma, outros sinais e sintomas podem ocorrer, além da tosse, tendo assim um valor significativo a investigação diagnóstica individualizada^{4,5,9}.

A forma pulmonar, além de ser mais frequente, é a que possui uma maior relevância no campo da saúde pública, pois é responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença^{4,5,7-9}. Deve-se investigar a possibilidade de tuberculose em pacientes com tosse por mais de três semanas, caracterizando o sintomático respiratório. O quadro de tosse, frequentemente, está associado a febre discreta vespertina, perda de peso ponderal, sudorese noturna, anorexia e, com menor frequência, hemoptise. Em crianças o achado clínico que mais se destaca é a febre moderada, com duração usual de semanas sendo comum, também, a irritabilidade e a inapetência⁵. O diagnóstico rápido de TB pulmonar ativa é uma prioridade tanto para o início do tratamento do paciente como também para o controle da doença, sendo essencial a intervenção da vigilância em saúde pública para reduzir sua disseminação na comunidade^{4,5,7-9}.

A tuberculose extrapulmonar (TBEP) tem sinais e sintomas que se apresentam de acordo com os órgãos atingidos^{4,5,7-9}. As principais apresentações da TB extrapulmonar, no Brasil, são: pleural, ganglionar periférica, meningoencefálica, miliar, laríngea, pericárdica, óssea, renal, ocular e peritoneal. A TBEP é mais frequente em pessoas com imunocomprometimento grave como as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA)^{4,5,7,91-3,5}.

A TB pode apresentar-se, portanto, sob a forma primária (primo-infecção), mais comum em crianças e pós-primária (secundária ou por reativação), comumente associada aos adolescentes, adultos jovens, idosos e populações com diminuição de imunidade celular.

O diagnóstico da TB não pode se basear somente nas informações clínico-epidemiológicas, sendo necessária, sempre que possível, a confirmação

por meio de exames laboratoriais, particularmente a pesquisa do bacilo, sendo recomendada a associação com outros tipos de exames, como o Raio-X de Tórax, na tuberculose pulmonar e outros exames específicos e/ou complementares^{4,5,9}.

A pesquisa bacteriológica (baciloscopia) é um método de grande importância tanto para o diagnóstico, quanto para o controle de tratamento em adultos⁴. Na baciloscopia é feita a pesquisa direta do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pela técnica de Ziehl-Nielsen, sendo este exame um dos mais utilizados para diagnóstico tendo em vista que é disponibilizada pela maioria dos centros de saúde por ser um método simples e seguro^{4,10}. A baciloscopia, quando executada corretamente, examinando-se duas amostras de escarro proveniente dos brônquios, permite identificar a maioria dos casos de tuberculose pulmonar^{4,10}. Sendo a baciloscopia positiva pode-se afirmar que se trata de um caso bacilífero^{4,5}. Embora tenha alta especificidade, este método possui baixa sensibilidade¹⁰.

Outro exame utilizado no diagnóstico da TB é a cultura micobacteriana, método de alta sensibilidade e especificidade, mas o crescimento de bacilos em meio de cultura sólido tradicional requer 4-8 semanas, o que atrasaria o início do tratamento apropriado, na ausência de um diagnóstico confirmado^{5,10}.

Exames de imagem são, por vezes, determinantes para o diagnóstico da tuberculose, tanto em sua forma pulmonar, quanto extrapulmonar⁴. Alterações em radiografias de tórax podem sugerir a presença da doença nos pulmões^{4,6,11} bem como imagens de outras regiões acometidas, que podem evidenciar osteomielite tuberculosa, comprometimento de tecidos moles, dentre outras alterações⁴. A radiografia é uma ferramenta muito útil para se avaliar a evolução da TB Pulmonar, já que possui baixo custo. A Tomografia Computadorizada (TC) é mais sensível para a detecção de lesões menores que podem ter sido negligenciadas nas radiografias, mas a TC geralmente não é necessária tanto para o auxílio diagnóstico, bem como para a avaliação da evolução^{4,9,10}.

A maioria das infecções pelo Bacilo de Koch, em indivíduos imunocompetentes evolui para a latência⁸ e, nesse contexto, para a detecção desta condição é empregada a Prova Tuberculínica (PT), método para o

diagnóstico da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB). Nesta prova é inoculado um Derivado Proteico Purificado (PPD) proveniente do *M. tuberculosis* com a finalidade de medir a hipersensibilidade a este antígeno.

A prova tuberculínica com PPD também pode ser utilizada para o controle de comunicantes, que são pessoas que tiveram convívio direto com doentes e que potencialmente possuem um risco maior para o adoecimento^{4,8}.

O diagnóstico histopatológico é um método empregado na investigação das formas extrapulmonares da TB ou em formas pulmonares que se apresentam radiologicamente como doença difusa, sem a presença de cavernas.

Existem testes que se baseiam em imunossorologia⁸, como os ensaios para detecção de gama interferon (IGRAS), detecção de adenosinadeaminase (ADA) e amplificação de bacteriófagos, que tem atualmente, importância secundária no diagnóstico da doença⁴.

Os testes moleculares de amplificação de ácido nucléico (TAAN) são úteis para aumentar a especificidade diagnóstica na tuberculose, mas a sensibilidade é baixa, principalmente se há baciloscopia negativa (lesões paucibacilares)^{10,11}.

O Ensaio de Sondagem em Linha (LPA) tem sido geralmente disponibilizado para rastreamento de tuberculose multidroga resistente (TB-MDR) permitindo uma análise molecular de genes marcadores específicos associados com a resistência à rifampicina isoladamente ou em combinação com a isoniazida^{10,11}, medicações que fazem parte do esquema básico do tratamento da TB⁵.

Diante da epidemia global de TB-MDR, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incentivou o desenvolvimento de testes de amplificação de ácidos nucléicos. Recentemente desenvolvido, o GeneXpert MTB/RIF utiliza a tecnologia de Reação em Cadeia de Polimerase em tempo real (RT-PCR) tanto para diagnosticar TB quanto para detectar resistência à rifampicina usando amostras clínicas não processadas, independentemente do seu estado de degradação^{4,11}. O ensaio é conduzido dentro de um sistema que usa um cartucho simples, quase totalmente automatizado. A simplicidade no manuseio, o largo espectro diagnóstico para todas as formas de tuberculose e a

velocidade de resultado do equipamento torna esse exame uma forma diagnóstica eficaz e que pode vir a ser disseminada amplamente em laboratórios de modo a melhorar o controle da TB¹¹.

Além da multidrogarresistência, desde 2007, encontram-se cepas de *M. tuberculosis* denominadas Extensivamente Resistentes que, além de resistentes à rifampicina, isoniazida, são também resistentes a qualquer fluorquinolona e a outras drogas injetáveis como a estreptomicina, a amicacina, a capreomicina e a canamicina. Estas cepas causam a XDR-TB, ou Tuberculose Extensivamente Resistente⁸.

É importante ressaltar que quando a TB é diagnosticada, há necessidade de se pesquisar a associação com o HIV. Logo, deve-se garantir uma abordagem integral ao paciente, desde os exames diagnósticos para HIV, bem como quanto ao tratamento e acesso às terapias medicamentosas antirretrovirais, quando necessário⁸.

Mesmo com os avanços diagnósticos, a tuberculose continua sendo transmitida em larga escala e infelizmente ainda é tardiamente diagnosticada em várias regiões do mundo, o que leva o indivíduo a desenvolver formas graves da doença, dificultando o tratamento.

A tuberculose tem alto índice de cura nos casos novos^{4,5,7,9}, desde que o tratamento seja iniciado rapidamente e com as drogas específicas. No Brasil, o tratamento da TB é ofertado de forma gratuita à população através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). O tratamento da TB sensível às medicações deve ser desenvolvido sob regime ambulatorial e realizado, preferencialmente, na Atenção Básica (AB)^{4,5}.

A associação adequada dos medicamentos, doses e uso por tempo suficiente são fatores determinantes para a eficácia do tratamento, além de diminuir drasticamente a população bacteriana e o desenvolvimento de resistência farmacológica dos bacilos causadores da doença.

As medicações utilizadas nos esquemas da TB sensível são a Isoniazida (H), a Rifampicina (R), a Pirazinamida (Z) e o Etambutol (E). Para adultos e adolescentes (≥ 10 anos), estes fármacos apresentam-se em comprimidos de doses fixas combinadas (RHZE e RH). Os esquemas terapêuticos medicamentosos duram 6 meses, podendo ser estendidos até 9 meses. Para

crianças menores de 10 anos de idade, o Etambutol não está indicado e a apresentação dos fármacos varia de acordo com as diferentes faixas de peso^{4,5}.

Uma das alternativas encontradas para diminuir o abandono do tratamento e garantir a sua continuidade é a estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Esta Estratégia consiste na observação diária da ingestão dos medicamentos antituberculose pelo doente por um profissional capacitado da equipe de saúde, por, no mínimo, três observações semanais do início ao fim do tratamento (24 ingestões observadas na fase intensiva que corresponde aos dois primeiros meses e 48 na fase de manutenção, correspondente aos últimos quatro meses)^{4,5}.

Mesmo após o início do tratamento o doente pode ainda transmitir a doença para outros indivíduos. Caso o doente não tenha tido história de tratamento prévio para TB e apresente melhora clínica, considera-se que após 15 dias de tratamento passa a ser considerado não infectante. Porém, considerando a possibilidade de TB-MDR, recomenda-se que só seja realmente considerado não infectante aquele que apresente negatificação da baciloscopia⁴.

O risco de desenvolver TB, em suas formas mais graves, pode ser minimizado na infância, através da vacina Antituberculose ou BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) que está inserida no Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil e é distribuída de forma gratuita⁴. A vacina é composta por um derivado isolado de *Mycobacterium bovis*, o bacilo de Calmette-Guerin^{8,12}. A vacina deve ser aplicada o mais brevemente possível. Recomenda-se que seja administrada até 15 dias após o nascimento, por via intradérmica^{4,8}. A imunidade adquirida através da vacinação pode variar de indivíduo para indivíduo e não é permanente^{8,12}.

Apesar de evitável, a TB configura-se como um sério problema de saúde pública. Em 2019, 10,0 milhões de casos de tuberculose foram notificados à Organização Mundial da Saúde (OMS) e 1,2 milhões de pessoas morreram em decorrência desta. O continente africano (25,0%), juntamente com o sudeste asiático (44,0%), são os que apresentam maior número de pessoas com TB seguidos do Pacífico Ocidental (18,0%)⁷.

Atualmente, o Brasil ocupa a 30ª posição no *ranking* dos 30 países priorizados pela OMS, que representam 85% da carga mundial de TB⁷. Em 2019, foram diagnosticados 95.498 casos novos da doença, correspondendo à incidência, por 100.000 habitantes, de 46⁷.

Em 2018, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade, ocorreram 4.531 mortes por TB, com uma taxa de mortalidade de 2,1/1.000 habitantes, o que confere à doença o quinto lugar como causa de morte por doenças infecciosas e parasitárias, atrás da Septicemia, Doenças Virais e HIV. Nos indivíduos que convivem com o HIV, a TB é a primeira causa de morte¹³.

O estado do Pernambuco, em 2019, registrou 6.166 novos casos de tuberculose, sendo 2.557 casos no município de Recife, correspondendo a uma incidência de 155 por 100.000 habitantes. Além disso, o estado ocupa a quarta posição no país, no tocante à co-infecção TB/HIV, tendo sua capital como a quinta no ranking das capitais brasileiras. Quanto à mortalidade o estado ocupa a segunda posição nacional, com uma taxa de mortalidade de 3,8/100.000 habitantes^{13,14,16}.

A TB é uma doença reconhecidamente associada aos determinantes sociais⁸, que envolve as condições de vida dos indivíduos e da comunidade. Muitas vezes o diagnóstico, acesso aos meios profiláticos ou ao tratamento são retardados por barreiras provenientes das iniquidades e das vulnerabilidades às quais os sujeitos são expostos, que acabam por interferir diretamente no Itinerário Terapêutico (IT) do doente.

O conceito de vulnerabilidade foi inicialmente difundido na década de 80 a partir da epidemia de AIDS, quando se buscou uma nova forma de abordagem, que ampliasse a visão da proposta da redução de exposição aos riscos.

A crítica à noção de comportamentos de risco, como instrumento das práticas de prevenção da doença, se deu de duas maneiras. Uma delas, pautada em grupos e movimentos organizados e com a noção de *empowerment* (empoderamento), como o movimento pelo direito das mulheres, que criticou o modelo baseado no comportamento, ao enfatizar que a mudança comportamental não é resultado somente da informação somada à vontade, mas de uma soma de condições advindas de necessidades sociais,

econômicas e até mesmo culturais¹⁶. A outra foi forjada com a constatação de que a AIDS acometia de modo significativo grupos sociais com menor poder político/social/econômico, o que caracterizou a “pauperização da epidemia”¹⁷. Tal fato motivou a proposição de um novo instrumento para a tentativa de compreensão e intervenção sobre a epidemia, a análise de vulnerabilidade ao HIV e à AIDS¹⁸.

O marco teórico da vulnerabilidade buscou responder à percepção de que a exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento não era fruto somente de aspectos individuais, mas de uma série de processos coletivos que, somados, se aproximavam ao que realmente seria uma explicação adequada ao quadro epidêmico instalado, discutindo assim, o entendimento sobre os processos de saúde-doença e promovendo abordagens mais completas para o enfrentamento deste agravo a saúde.

Partindo desse pressuposto, torna-se viável a aplicação de tal conceito no tocante aos pacientes com tuberculose, uma vez que estes serão avaliados através de uma visão integral, holística e relacionada com o sujeito e sua construção de práticas e saberes durante a vida.

A análise baseada no marco da vulnerabilidade envolve duas dimensões que se inter-relacionam: a dimensão individual e a dimensão coletiva. Esta última, formada por aspectos sociais e programáticos. No plano individual são avaliados aspectos cognitivos, comportamentais e sociais do sujeito. No tocante à parcela programática avalia-se se o acesso ocorre de forma efetiva e democrática, se há recursos necessários para evitar a exposição aos agravos, para o acesso aos meios de proteção, além das condições adequadas para o diagnóstico e tratamento do agravo. A dimensão social abrange aspectos estruturais relacionados à educação, meios de divulgação, políticas sociais, econômicas, relativas à saúde, cidadania, religião, além de outros aspectos que permeiam o convívio em sociedade^{8,19}.

Deste modo, percebe-se que processos individuais podem estar condicionados por processos coletivo, e que a interligação dos conceitos forma uma rede de ações que são determinantes para a tomada de decisões, para modificações de hábitos prejudiciais à saúde, dentre outras características

modificáveis e dependentes do sujeito ou de sua condição enquanto membro de um círculo social^{8,19}.

Por ser uma doença com alta incidência em populações com um menor grau de instrução, moradoras de zonas com grandes concentrações de pessoas, com menor renda familiar, menor capacidade de acesso, dentre outras condições^{4,6,8,19,20}, logo, o estudo da tuberculose, na óptica da vulnerabilidade, torna-se um forte instrumento para a investigação da doença de modo a identificar novos fatores que possam estar relacionados ao adoecimento, bem como novas perspectivas de formulação de políticas voltadas às populações com risco aumentado para o desenvolvimento da doença.

Baseando-se na determinação social e no marco da vulnerabilidade, pode-se inferir que estes conceitos podem influenciar diretamente o itinerário terapêutico dos pacientes com tuberculose, modificando o modo pelo qual o sujeito percorre sua trajetória dentro da rede de assistência à saúde na busca por diagnóstico e tratamento adequados¹⁸.

Entende-se por Itinerário Terapêutico (IT) o percurso que o paciente realiza em busca por tratamento e cura de sua doença. Neste percurso, identifica-se uma teia de processos que podem vir a influenciar tomadas de decisão, por parte do indivíduo, sobre os cuidados e tratamentos realizados. Dentre tais processos podem ser citados o convívio com os familiares, vizinhos, amigos, membros de grupos em geral e ainda, aqueles que vivenciam ou vivenciaram o processo de adoecimento em comum^{21,22}.

Esse conjunto de processos empreendidos pelos indivíduos na busca pelo tratamento, diante de um quadro de adoecimento, não acontece necessariamente nas esferas institucionais. O IT considera, nesse processo, o diagnóstico e o tratamento adotado pelos pacientes, analisando as participações dos atores sociais (doente, família, comunidade, profissionais de saúde, curandeiros, etc...) envolvidos ao longo do quadro evolutivo do adoecimento²³.

Sendo assim, o IT configura-se como uma importante ferramenta para a qualificação da assistência à saúde, pois através dele pode-se reconhecer a trajetória percorrida pelo sujeito na busca por cuidados. Além disso, o

conhecimento advindo dessa trajetória pode evidenciar o comportamento do indivíduo frente ao adoecimento, evidenciando fatores que podem ter sido ponderados por esse nas tomadas de decisões²¹⁻²⁴.

De acordo com a Antropologia da Saúde, o IT é constituído por um sistema com três pilares: o familiar, o popular e o profissional, e as decisões acerca do percurso a ser seguido perpassam cada uma dessas esferas²¹.

O Itinerário Terapêutico inclui ainda uma sequência de decisões e negociações permeadas por interpretações divergentes sobre a identificação da doença e a escolha da terapêutica a ser seguida. Inclui tanto o percurso trilhado na busca pelo tratamento e cura da doença, quanto as avaliações dos resultados obtidos²¹.

Estudos afirmam que o interesse dos pesquisadores acerca dos itinerários terapêuticos já vem sendo evidenciado há alguns anos; como exemplo, pode-se citar o estudo tradicional conhecido como comportamento do enfermo (*illness behaviour*) que defende a ideia de que as pessoas negociavam suas escolhas pautando-se na relação de custos e benefícios²⁵.

Trabalhos etnográficos, executados a partir do ano de 1970, demonstravam preocupação a respeito de como as sociedades, particularmente os grupos sociais, utilizavam as diferentes concepções médicas sobre saúde/doença/cuidado, bem como o comportamento diante do quadro de adoecimento. Logo, analisar a forma como os indivíduos lidam com o adoecimento, é reconhecer que os itinerários terapêuticos são baseados em contextos e práticas tanto individuais quanto coletivas, mas pautados na especificidade de cada sujeito²⁵.

Desta forma, pautando-se nas vulnerabilidades que envolvem o doente com tuberculose, os determinantes sociais da doença e suas características clínicas, o presente estudo tem como objetivo investigar o itinerário terapêutico dos pacientes com tuberculose internados no Hospital Otávio de Freitas no município de Recife-PE, além de identificar quais os elementos de vulnerabilidade (individual, social e programática) que podem ter influenciado no itinerário terapêutico dos doentes.

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A investigação dos Itinerários Terapêuticos de pacientes com tuberculose sob a ótica da vulnerabilidade permite evidenciar questões que podem estar relacionadas ao adoecimento e à procura pelo diagnóstico e tratamento adequados e quais são os sistemas de cuidados formais e informais mobilizados na busca pelo cuidado. Ao mesmo tempo, pode apontar como o sistema de saúde organiza e oferta a assistência, evidenciando ações e práticas que podem ou não ser resolutivas aos que buscam essa forma de cuidado.

Sendo assim, o estudo pretende contribuir do ponto de vista da saúde pública e para a saúde coletiva, obtendo subsídios para a identificação de nós críticos do processo de adoecimento, e de dificuldades no acesso dos pacientes ao diagnóstico e ao início do tratamento, fomentando a formulação e o aprimoramento de políticas públicas voltadas às populações com maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da tuberculose.

Além disso, o presente estudo pode subsidiar melhorias no acesso ao sistema de saúde, já que o estudo sobre itinerário terapêutico tem o potencial de revelar múltiplas questões presentes nas dinâmicas cotidianas que favorecem (ou não) a ocorrência da tuberculose e a busca por seu adequado tratamento.

Estas questões emanam do contexto em que os indivíduos vivem, bem como de aspectos econômicos, sociais e culturais, servindo como base para a tomada de decisão acerca de modificações de condições já existentes ou a criação de novos fluxos de atendimento, adequando-os às necessidades advindas da população.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar o Itinerário Terapêutico de pacientes com tuberculose, internados no Hospital Otávio de Freitas – HOF, Recife/PE.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever os elementos de vulnerabilidade individual, social e programática e sua relação com os itinerários terapêuticos desses pacientes;
- Identificar pontos críticos comuns nos Itinerários Terapêuticos dos pacientes em relação ao acesso ao diagnóstico da doença;
- Identificar os principais atores sociais que estiveram presentes no Itinerário Terapêutico dos pacientes;
- Propor estratégias para o aprimoramento do acesso dos pacientes portadores de tuberculose aos serviços de saúde.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Marco Teórico

A teoria da determinação social do processo saúde-doença extrapola uma visão puramente biológica a partir do momento em que considera que os processos sociais determinam a saúde-doença. Sendo assim, à luz dessa teoria, o sujeito e seu adoecimento constituem parte da relação dialética biológico-social. A saúde-doença, nesta vertente, resulta da forma como se organiza a sociedade, seu respectivo modo de produção e de reprodução social, ou seja, os processos específicos de vida e de trabalho que, por sua vez, incidem no processo saúde-doença²⁶.

Além da compreensão da saúde-doença na perspectiva da determinação social, na tentativa de identificar elementos de vulnerabilidade que podem ter incidido no itinerário terapêutico, adotou-se o conceito de Vulnerabilidade, que tem alicerce na Determinação Social do Processo Saúde-Doença²⁶. Para Ayres²⁷⁻⁸, a vulnerabilidade é a chance de exposição das pessoas ao adoecimento.

Ayres²⁷⁻⁸ afirma que a vulnerabilidade é resultante de um conjunto de aspectos relacionados ao indivíduo, em sua relação com o coletivo. Ou seja, há uma relação íntima entre estes. Além disso, para o autor, a vulnerabilidade deve incorporar o contexto que pode tornar o indivíduo mais suscetível aos agravos à saúde, e também evidenciar maior ou menor disponibilidade de recursos para a proteção do indivíduo contra as enfermidades.

Para Ayres²⁷⁻⁸, a unidade analítica está constituída nessa relação supracitada de indivíduo-coletivo. Dessa forma, o autor propõe três esferas de abordagem do sujeito: a vulnerabilidade individual, social e programática.

A vulnerabilidade individual considera o conhecimento acerca do agravo, no caso do presente estudo, da tuberculose, e os comportamentos que podem contribuir para a ocorrência da doença. Bertolozzi²⁹, com base em Ayres, aponta que tais comportamentos não estão relacionados apenas às formas de ação das pessoas frente às situações, mas à capacidade de absorção do conhecimento para a transformação de comportamentos que evidenciam

vulnerabilidades. Além disso, essa esfera da vulnerabilidade é determinada por condições relativas ao entendimento da realidade (acesso à informação, reconhecimento da eficácia das formas de prevenção e suscetibilidade aos agravos), comportamentais (vontade e capacidade de modificação de ações que reduzam a suscetibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de comportar-se de modo protetor)²⁹.

Já a dimensão social da vulnerabilidade considera a obtenção de informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos materiais e cognitivos e o poder de participação nas decisões em instituições e nas decisões políticas. Leva em consideração, também, a mobilidade social do sujeito, as normas sociais vigentes, normas institucionais, relações de gênero, iniquidades, o modo de vida, dentre outros aspectos²⁷⁻⁹.

Por fim, a vulnerabilidade programática considera os programas que visam controlar enfermidades, no presente estudo, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Além disso, leva em consideração o grau e a qualidade da assistência prestada, o compromisso institucional, recursos disponíveis, perfis de gerenciamento e monitoramento do programa nos diferentes níveis de atenção. Este eixo de abordagem busca avaliar de forma específica o acesso aos serviços de saúde, o vínculo criado entre usuários e profissionais, dentre outros aspectos²⁸⁻⁹.

O conceito de vulnerabilidade pode ampliar o escopo de análise, além da concepção de risco, ao permitir a interpretação de elementos individuais, sociais e programáticos relevantes para a detecção de maiores chances de exposição ou de menores possibilidades de “proteção” contra a doença³⁰.

Sendo assim, a análise do itinerário terapêutico, cujo conceito foi abordado na introdução deste estudo, dos pacientes com tuberculose, na perspectiva da vulnerabilidade, proposta por Ayres²⁷⁻⁸, torna-se uma importante ferramenta para a construção de novas possibilidades na abordagem do objeto de estudo. Tem potencial para entender os nós críticos nesses itinerários, trazendo subsídios para facilitar o acesso, incrementar o acolhimento e a resolubilidade no diagnóstico precoce e no tratamento adequado da tuberculose nos serviços de saúde, particularmente na parcela da população com maior vulnerabilidade.

4.2 Tipo de Estudo

O estudo tem desenho transversal. Por entender-se que, para trabalhar a temática do itinerário terapêutico do paciente internado por tuberculose, o qual envolve hábitos, vontades, autoconhecimento, crenças, dentre outros elementos, há a necessidade de uma abordagem que permite a emergência de aspectos atinentes ao indivíduo em interação com a sociedade; logo, optou-se pela abordagem quanti-qualitativa.

Em sua perspectiva e rigor, a etapa quantitativa teve por objetivo complementar a etapa qualitativa que objetivou caracterizar os sujeitos entrevistados no tocante às variáveis sociodemográficas, clínicas e ligadas ao IT dos pacientes.

O método qualitativo, conforme Minayo³¹, permite a possibilidade da observação e elucidação de processos sociais referentes a grupos particulares, nesse caso, os doentes por tuberculose, e também propicia a construção de novas abordagens, categorias e conceitos durante a investigação.

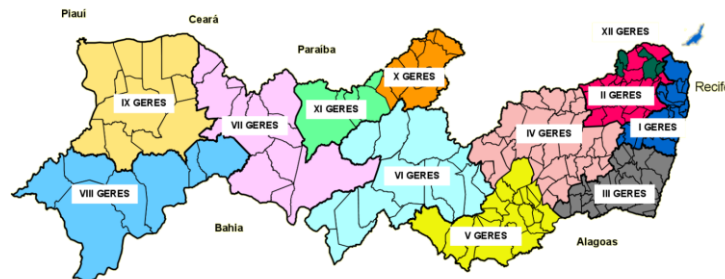
Tal abordagem ainda permite a proximidade com crenças, relações, representações atribuídas a cada fenômeno, além de opiniões e percepções dos sujeitos com intuito de compreender a construção do conhecimento através da dinamicidade do homem²⁷.

Além disso, a abordagem qualitativa permite a exposição do processo saúde-doença em toda a magnitude, possibilitando a análise daquilo que poderia apresentar-se como subjetivo aos fatos e suas interpretações³².

4.3 Cenário do estudo

O Estado de Pernambuco está dividido em 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), sendo Recife a sede da I GERES, que tem capacidade para a assistência de média e alta complexidade, atendendo diariamente a demanda das demais GERES. Abriga toda a Região Metropolitana do Recife, num total de 19 municípios, incluindo a Ilha de Fernando de Noronha³³.

A I GERES conta com uma cobertura da Estratégia Saúde da Família de aproximadamente 62% da população adscrita sob sua responsabilidade, conforme o Plano Estadual de Saúde 2020-2023³³



FONTE: Plano Estadual de Saúde – 2020-2023.

Figura 1 – Localização de Recife e divisão do Estado de Pernambuco por Gerências Regionais de Saúde, 2020.

Recife é a capital do estado de Pernambuco e conta com uma população de 1.653.461 habitantes em 2020, em uma área territorial de 218,843 km², correspondendo a uma densidade demográfica de 7.039,64 hab/km². A cidade possui um índice de desenvolvimento humano municipal de 0,772, segundo o IBGE³⁴.

A cidade possui 94 bairros agrupados em 6 regiões político-administrativas e 8 distritos sanitários. Analisando a pirâmide etária verifica-se predominância da faixa etária de 20 a 39 anos³⁵.

No contexto sociodemográfico, a cidade apresenta evidentes contrastes onde a má distribuição de renda torna-se evidente, já que 33,1% dos domicílios não possui nenhum rendimento ou dispõe de até um salário mínimo. No tocante à mortalidade, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre os munícipes, seguidas de doenças do aparelho respiratório³⁵.

Conforme o Plano Municipal de Saúde do Município, a Rede de Atenção à Saúde é organizada (Quadro 1):

Quadro 1 – Rede Própria de Saúde de Recife, 2018.

| REDE DE SAÚDE | DISTRITO SANITÁRIO | | | | | | | | TOTAL |
|--|--------------------|----|-----|----|----|----|-----|------|-------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | |
| Unidades de Saúde da Família (USF) | 9 | 17 | 7 | 19 | 15 | 12 | 17 | 22 | 119 |
| UPINHA 24h | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 |
| UPINHA Dia | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 7 |
| Equipes de Saúde da Família | 16 | 50 | 7 | 40 | 33 | 27 | 48 | 55 | 276 |
| Equipes de Saúde Bucal (ESB) | 9 | 33 | 6 | 28 | 19 | 17 | 32 | 28 | 173 |
| Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) | 2 | 7 | 6 | 9 | 14 | 4 | 11 | 3 | 56 |
| Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ENASF) | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 20 |
| Núcleo de Apoio a Práticas Integradas (NAPI) | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Unidades Básicas Tradicionais (UBT) | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 2 | 22 |
| Polos da Academia da Cidade | 5 | 7 | 4 | 8 | 7 | 5 | 3 | 3 | 42 |
| Farmácia da Família | 0 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 11 |
| Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Álcool e outras Drogas) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Transtornos Mentais) | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 11 |
| Unidades de Acolhimentos (UA) | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Residências Terapêuticas | 4 | 6 | 11 | 8 | 7 | 16 | 0 | 0 | 52 |
| Centro de Especialidades Odontológicas | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 9 |
| Policlínicas | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| Serviço de Pronto Atendimento (SPA) | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| Maternidades | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Hospitais Próprios | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Unidades com Espaço Mãe Coruja | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 10 |
| Equipes Consultórios de Rua | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| Equipes de Consultório na Rua (CNar) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| SAMU Metropolitano do Recife (Central) | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Bases descentralizadas do SAMU | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 11 |
| SAMU - Ambulância - USB (Básica) | - | - | - | - | - | - | - | - | 18 |
| SAMU - Ambulância - USA (UTI) | - | - | - | - | - | - | - | - | 4 |
| SAMU – Motolância | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 |
| SAMU - VIR (veículo de intervenção rápida) | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Laboratório Municipal | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Unidades Especializadas | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| Serviço de Atendimento Domiciliar - EMAP* | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 |
| Serviço de Atendimento Domiciliar – EMAD** | - | - | - | - | - | - | - | - | 9 |

*EMAP – Equipe Multidisciplinar de Apoio

**EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

Fonte: SEAS/SS do Recife, 2017

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021, Recife, Pernambuco, 2018.

A Atenção Básica conta com 130 Unidades de Saúde da Família, sendo 4 delas “Upinhas”, com funcionamento 24h, além de unidades básicas tradicionais de saúde, 20 equipes em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). O município possui 276 equipes da Saúde da Família (ESF), 56 equipes de Agentes Comunitários de Saúde, além de 2 equipes de Consultórios de Rua. No que diz respeito à rede hospitalar (somando os hospitais de gestão municipal, estadual e federal), no território recifense há 73 hospitais, sendo 40 hospitais gerais, 32 especializados e 1 hospital dia³⁵.

Dentre os hospitais estaduais sediados em Recife, o Hospital Otávio de Freitas (HOF), fundado em 1956, foi inicialmente denominado Sanatório do Sancho, localizado no bairro de Tejipió, sendo voltado ao tratamento de pacientes com doenças respiratórias e tuberculose. Em 1974 outras especialidades como Ortopedia, Clínica Médica e Pediatria vieram a fazer parte do escopo de atuação da instituição, incluindo os serviços de Urgência e Emergência³⁶.

Atualmente, o Hospital é referência para a I GERES para o tratamento de doenças respiratórias, em especial, a tuberculose, proporcionando suporte a um total de 4.116.153 habitantes. Além disso, é o único Hospital de Pernambuco a tratar pacientes com tuberculose multidrogarresistente. Cerca de 2,3 mil pacientes são atendidos na emergência, sendo classificados segundo o risco individual e a gravidade do quadro apresentado³⁶.

No ambulatório são atendidos cerca de 3 mil pacientes nas diversas especialidades ofertadas, como: Tisiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica, Clínica Médica, Dermatologia, Hansenologia, Infectologia (DST/Aids), Fisioterapia (Reabilitação Pulmonar), Fisioterapia Urológica, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Hebiatria, Hepatologia, Pneumologia e Psicologia³⁶.

4.4 População, local e período de coleta de dados

Fizeram parte do estudo, pacientes internados por tuberculose (tuberculose causada por *M. tuberculosis* Multidrogarresistente, pacientes com indicações de abordagens cirúrgicas, pacientes que não aderiam ao tratamento da doença, pacientes internados por causas sociais, por necessidade de procedimentos diagnósticos, dentre outras causas) no Hospital Otávio de Freitas, no período iniciado em maio de 2018 a setembro de 2020.

Foram entrevistados 25 pacientes internados por Tuberculose na enfermaria de Tisiologia do Hospital Otávio de Freitas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme Anexo A. Não houve recusa para participar do estudo

4.5 Critérios de Inclusão:

- Possuir idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter diagnóstico de tuberculose definido;
- Possuir capacidade cognitiva para a interpretação e resposta às questões formuladas e ter comunicação verbal preservada.

4.6 Critérios de Exclusão:

- Pacientes internados por outras causas não associadas à tuberculose;
- Pacientes em uso de dispositivos de ventilação mecânica invasiva.

4.7 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira através de consulta ao prontuário do paciente para coleta de variáveis clínico-laboratoriais e a segunda por meio de entrevista semiestruturada relacionada ao Itinerário Terapêutico.

Utilizou-se de instrumento composto por questões relativas à caracterização sociodemográfica e relativas ao processo saúde-doença, além

de questões orientadores que buscavam identificar a forma como ocorreu o itinerário terapêutico dos participantes no estudo, conforme Anexo B.

Foram variáveis de estudo: sóciodemográficas, clínicas, laboratoriais, relativas ao tratamento e as relacionadas ao itinerário terapêutico, obtidas através de consulta ao prontuário do paciente e entrevista:

Variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça/cor autodeclarada, situação de trabalho, ocupação, necessidade de afastamento do trabalho em decorrência da doença, tempo de afastamento, renda familiar, recebimento de incentivos financeiros, situação de moradia, tipo de moradia, quantidade de cômodos, número de residentes no domicílio, número de pessoas que dividem o dormitório

Variáveis relacionadas ao processo saúde-doença e ao itinerário terapêutico: uso de álcool, tabaco e drogas, sinais e sintomas que levaram o paciente a perceber o processo de adoecimento, período de início da sintomatologia, sinais e sintomas que demandaram busca por cuidados, tempo entre o início da sintomatologia e o diagnóstico da tuberculose, procura por ajuda quando doente, tempo decorrido entre o início da sintomatologia e a busca por serviços de saúde, primeiro serviço procurado, serviço que diagnosticou a doença, necessidade de gasto com deslocamento.

Variáveis clínicas e laboratoriais: tipo de caso (se caso novo, recidiva, retratamento por abandono ou por tratamento anterior encerrado por falência/resistência/toxicidade), tipo de tuberculose (responsiva ao tratamento convencional, multidrogarresistente ou extensivamente multidrogarresistente), forma da tuberculose (se pulmonar, extrapulmonar ou pulmonar e extrapulmonar), presença de mais de uma localização, execução de baciloscopia de escarro para diagnóstico e controle, baciloscopia de outro material, raio-x de tórax, raio-x de outras parte do corpo, histopatológico, teste de sensibilidade, teste molecular rápido, testagem anti-HIV, testes de função renal, testes de função hepática, exames complementares, agravos associados, medicamentos utilizados, utilização de antirretroviral, tipo de tratamento domiciliar e motivo da internação.

Diante da necessidade de maior compreensão do contexto em que o paciente com tuberculose está inserido e de como se processa a busca por

cuidados, e também para se investigar a presença de condições que pudessem tornar o indivíduo susceptível ao adoecimento, as entrevistas com os pacientes foram realizadas tendo como base as perguntas norteadoras (Anexo B).

Para a realização das entrevistas, os pacientes foram convidados a participar do estudo, tendo sido explicados os objetivos da pesquisa que ocorreram em local reservado (sala do ambulatório), buscando-se preservar ao máximo a privacidade dos participantes. Ao final de cada entrevista foi ofertado ao participante ouvir todo o áudio para aprovação. Entretanto, nenhum participante aderiu a esta prerrogativa e todos aprovaram a utilização das gravações executadas para o estudo.

As entrevistas foram registradas em áudio tendo uma média de duração de 35 minutos e, a seguir, transcritas na íntegra. Os participantes foram identificados na sequência das entrevistas seguindo a ordem das letras do alfabeto (Ex.: A1; B1, etc). As entrevistas que se utilizam de perguntas orientadoras permitem aprofundar o objeto de estudo, evidenciando fatos, valores e opiniões dos atores sociais envolvidos. A entrevista semi-estruturada permite à pessoa que a dirige reorientá-la, com a finalidade de se atingir os objetivos propostos.

4.8 Análise de Dados

Os dados quantitativos foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel 2013 para análise no SPSS versão 20.0. Os dados quantitativos apresentam-se em frequências relativas e absolutas.

A análise qualitativa foi realizada a partir dos dados que emergiram das entrevistas com os pacientes internados por tuberculose. Baseou-se nos princípios de análise de Bardin³⁷.

Realizou-se análise de conteúdo, que se norteia pelo referencial teórico-metodológico no qual o estudo se contextualiza. A análise proposta pela autora possui três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação³⁷. Após as transcrições das entrevistas, foram executadas leituras “flutuantes” para uma primeira sequência de organização em uma determinada ordem, configurando a etapa de pré-análise³⁷.

A partir dessa primeira etapa foi possível identificar como ocorreu o adoecimento e qual foi o itinerário terapêutico percorrido pelos participantes no estudo, construindo-se mapas que possibilitam identificar aspectos importantes envolvidos nesses processos.

O mapa para exploração dos dados está exemplificado abaixo através de um fragmento deste na Figura 2.

| Características | Categoria | Relato dos Participantes |
|-------------------|-------------|--|
| Sintomas iniciais | Adoecimento | <p>A.4 <i>“Eu comecei sentindo dor, emagrecimento, febre, essas coisas. Era uma dor que não passava e que só ia aumentando, eu não aguentava de dor.”</i></p> <p>B.14 <i>“E nisso dali eu num saía, nem conseguia me alimentar e nem beber água nem nada. Ao beber da água eu gritava, isso aqui meu não descia nada (mostrando a garganta), só saía, só saía, muita secreção.”</i></p> <p>C.1 <i>“Eu comecei tossindo, né? Uma tosse muito constante, aí comecei a ficar cansada, aí depois que eu quis começar a ficar cansada até então não tinha procurado um médico. Depois que eu comecei cansar aí fui procurar o médico.”</i></p> <p>D.12 <i>“Dor no peito, do lado aqui. Do lado do pulmão, respiração fraca, cansaço contínuo, muita tosse, muito catarro, escarrar sangue eu só escarrei uma vez só, sangue vivo, há uns sete mês atrás.”</i></p> <p>E.5 <i>“... aí começou a aparecer um pigarrozinho, esse pigarro foi irritano, irritano, de manhã quando eu me acordei que tava de plantão, que me acordei de manhã fui butano sangue vivo, boca e nariz.”</i></p> <p style="text-align: center;">.</p> <p style="text-align: center;">.</p> <p style="text-align: center;">.</p> |

FONTE: Entrevistas. Recife, PE, 2020.

Figura 2 – Mapa para classificação dos resultados (Etapa 2 – Exploração dos dados).

Para a execução dessa fase foram efetuadas leituras repetidas com o intuito de associar aquilo que emanava das falas transcritas com o referencial teórico, de acordo com os objetivos propostos pelo estudo. O processo de leitura aprofundada permitiu a composição de uma segunda classificação,

agrupando conteúdos similares, congruentes, o que permitiu a construção das categorias de análise e suas subcategorias.

Da leitura em profundidade emergiram categorias analíticas e respectivas sub-categorias: referente ao Processo Saúde-Doença e referente ao Itinerário terapêutico, conforme Quadro 1.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias de análise

| CATEGORIAS | I – Processo Saúde Doença | II – Itinerário Terapêutico |
|---------------|--|--|
| SUBCATEGORIAS | a) Conhecimento sobre a doença b) Conhecimento sobre o tratamento | a) Trajetória percorrida do início da sintomatologia ao início do tratamento b) Acesso ao diagnóstico c) Apoio durante a trajetória terapêutica d) Percepção sobre os serviços de saúde |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

A análise dos depoimentos seguiu o método hermêutico-dialético. A hermenêutica busca a compreensão do sentido dado à comunicação entre os seres humanos, centralizando a linguagem como seu núcleo. Apropria-se da comunicação da vida cotidiana e do senso comum, considerando que o ser humano se complementa através da comunicação e é necessário compreender seu contexto e sua cultura³¹.

A hermenêutica busca as diferenças e semelhanças entre o contexto dos autores e do investigador, explora as situações do autor e supõe o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos e o investigador, buscando entender os fatos, os relatos e as reflexões, em um contexto histórico, produzindo um relato de fatos em que os diferentes atores sintam-se contemplados³¹.

Já a dialética baseia-se no diálogo, pergunta e controvérsia, buscando nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura dos sujeitos, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica sobre eles. O pensamento dialético cria instrumentos de crítica e apreensão de contradições da linguagem, compreendendo que a análise dos dados deve ser realizada à luz das práticas sociais, valorizando processos na dinâmica das contradições, em que se coloca a oposição entre o pesquisador e o sujeito do estudo, ressaltando o condicionamento histórico das falas, relações e ações³¹.

Assim sendo, a articulação entre a hermenêutica e a dialética é um importante modo de fundamentação das pesquisas qualitativas em que a busca pelo entendimento global do sujeito toma, por vezes, importância central no contexto da pesquisa. Na medida em que é possível, valorizam-se as complementariedades e as divergências entre as duas perspectivas, a hermenêutica e a dialética, destacando-se que ambas trazem o condicionamento histórico da linguagem, das relações e práticas, partindo de um pressuposto de que não há observador imparcial, questionando assim o tecnicismo em favor da intersubjetividade da compreensão e da crítica. Ambas as abordagens estruturam sua prática na tradição, na linguagem, no poder e no trabalho, buscando a aproximação à realidade do sujeito. Enquanto a hermenêutica prima pelo consenso, a mediação e o acordo, a dialética, por sua vez, orienta-se para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica³¹.

4.9 Aspectos Éticos

O estudo está em consonância à Resolução 466/12 e foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob parecer nº 2.728.126 (Anexo C).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Perfil epidemiológico e sociodemográfico dos pacientes

Foram entrevistados 25 pacientes internados por Tuberculose na enfermaria de Tisiologia do Hospital Otávio de Freitas. Não houve negativas quanto à participação no estudo, bem como não houve perdas, tendo em vista que nenhum paciente desistiu de sua participação durante a execução das entrevistas.

No tocante às características sociodemográficas verificou-se que os entrevistados foram, em sua maioria, do sexo masculino 17 (68,0%), da faixa etária economicamente ativa de 20-39 anos 12 (48,0%), casados 10 (40,0%), com média de 8 anos de estudo 9 (36,0%), seguidos daqueles com média de menos de 8 anos de estudo 7 (28,0%), com média de escolaridade de cerca de 8 anos de estudo, além de terem, em sua maior parcela, se autodeclarados pardos 13 (52,0%), conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

| VARIÁVEIS | N | % |
|---------------------|----|------|
| SEXO | | |
| Masculino | 17 | 68,0 |
| Feminino | 8 | 32,0 |
| IDADE | | |
| 20 – 39 anos | 12 | 48,0 |
| 40 – 59 anos | 11 | 44,0 |
| 60 anos ou mais | 2 | 8,0 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Casado | 13 | 52,0 |
| Solteiro | 10 | 40,0 |
| Viúvo | 2 | 8,0 |

Conclusão Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

| VARIÁVEIS | N | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| ESCOLARIDADE | | |
| < 8 anos de estudo | 7 | 28,0 |
| 8 anos de estudo | 9 | 36,0 |
| 8 a 10 anos de estudo | 1 | 4,0 |
| 11 anos de estudo | 8 | 32,0 |
| RAÇA/COR AUTODECLARADA | | |
| Parda | 13 | 52,0 |
| Branca | 11 | 44,0 |
| Negro | 1 | 4,0 |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

Quanto à situação laboral, 14 pacientes (56%) trabalhavam no momento do diagnóstico, necessitando de afastamento do trabalho para realizar o tratamento. Quanto à ocupação destacam-se aqueles que trabalhavam com atividades de comércio 6 (24,0%), construção civil 4 (16,0%), empregada doméstica 3 (12,0%) e dona de casa 3 (12,0%). Ainda no que diz respeito ao trabalho, 4 (16,0%) pacientes não definiram sua ocupação, referindo aceitar qualquer tipo de atividade. Destaca-se, ainda, o grupo de pacientes que não apresentavam registro em carteira 7 (28,0%). Em se tratando de renda familiar, 13 (52,0%) entrevistados informaram possuir entre 1 e 3 salários-mínimos. Em relação à renda familiar, 23 (92,0%) entrevistados consideraram a renda suficiente para alimentação e para o transporte, respectivamente, 20 (80,0%) suficiente para o vestuário e, quando indagados sobre a suficiência para o lazer, 18 (72,0%) consideraram a renda familiar insuficiente para tal, como mostra a Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo segundo condições de trabalho e vida

| VARIÁVEIS | N | % |
|---|----|------|
| TRABALHANDO NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO | | |
| Sim | 14 | 56,0 |
| NECESSIDADE DE AFASTAMENTO DO TRABALHO | | |
| Sim | 14 | 56,0 |
| OCUPAÇÃO | | |
| Comerciante | 6 | 24,0 |
| Pedreiro | 4 | 16,0 |
| Sem ocupação ofício definida | 4 | 16,0 |
| Dona de Casa | 3 | 12,0 |
| Empregada Doméstica | 3 | 12,0 |
| Agricultor | 2 | 8,0 |
| Auxiliar Administrativo | 1 | 4,0 |
| Fotógrafo | 1 | 4,0 |
| Técnico de Radiologia | 1 | 4,0 |
| SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO | | |
| Trabalho Informal | 7 | 28,0 |
| Trabalhador Sem Ofício Definido | 5 | 20,0 |
| Trabalho Formal | 5 | 20,0 |
| Autônomo | 4 | 16,0 |
| Trabalho Temporário | 3 | 12,0 |
| Servidor Público Estatutário | 1 | 4,0 |
| RENDA FAMILIAR¹ | | |
| Sem Renda | 1 | 4,0 |
| Renda Eventual | 5 | 20,0 |
| Renda Menor que 1 Salário Mínimo | 4 | 16,0 |
| Entre 1 e 3 Salários Mínimos | 13 | 52,0 |
| Entre 3 e 5 Salários Mínimos | 2 | 8,0 |

Conclusão Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo segundo condições de trabalho e vida

| VARIÁVEIS | N | % |
|---|----------|----------|
| RENDA SUFICIENTE PARA NECESSIDADES BÁSICAS | | |
| Alimentação | | |
| Sim | 23 | 92,0% |
| Não | 2 | 8,0% |
| Transporte | | |
| Sim | 23 | 92,0% |
| Não | 2 | 8,0% |
| Vestuário | | |
| Sim | 20 | 80% |
| Não | 5 | 20% |
| Lazer | | |
| Sim | 7 | 28% |
| Não | 18 | 72% |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

1 – Valor do salário mínimo considerado no momento das entrevistas R\$ 954,00.

Como pode ser verificado na Tabela 3, em relação à moradia, 14 (56,0%) referiram residir em casa alugada. Vale ressaltar que um (4,0%) paciente encontrava-se privado de liberdade no momento do diagnóstico e outro (4,0%) em situação de rua. Todas as moradias eram de alvenaria, sendo a maior parcela (4: 40,0%) com quatro cômodos. Com relação ao número de pessoas que compartilhavam o mesmo domicílio, 4 (40,0%) pacientes residiam sozinhos. Quando indagados acerca do número de pessoas que compartilhavam o mesmo dormitório dos pacientes, 8 (32,0%) referiram que o faziam com uma outra pessoa. Entretanto, o paciente privado de liberdade referiu compartilhar o mesmo ambiente com 18 pessoas e a pessoa em situação de rua com cerca de 20 pessoas, pois vivia debaixo de uma ponte.

Tabela 3 – Condições de moradia dos participantes do estudo

| VARIÁVEIS | N | % |
|--|----------|----------|
| SITUAÇÃO DE MORADIA | | |
| Casa Alugada | 14 | 56,0 |
| Casa Própria | 9 | 36,0 |
| Privação de liberdade | 1 | 4,0 |
| Situação de Rua | 1 | 4,0 |
| NÚMERO DE CÔMODOS | | |
| 1 | 6 | 24,0 |
| 2 | 4 | 16,0 |
| 3 | 3 | 12,0 |
| 4 | 10 | 40,0 |
| 5 | 1 | 4,0 |
| Nenhum Cômodo (situação de rua) | 1 | 4,0 |
| NÚMERO DE RESIDENTES NA MORADIA | | |
| Morava sozinho | 3 | 12,0 |
| 1 | 5 | 20,0 |
| 2 | 8 | 32,0 |
| 3 | 5 | 20,0 |
| 4 | 2 | 8,0 |
| > 15 ou mais | 2 | 8,0 |
| NÚMERO DE PESSOAS QUE COMPARTILHAVAM O MESMO DORMITÓRIO | | |
| Dormia sozinho | 4 | 16,0 |
| 1 | 13 | 52,0 |
| 2 | 4 | 16,0 |
| 3 | 2 | 8,0 |
| 18 | 1 | 4,0 |
| 20 | 1 | 4,0 |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

5.2 Características relacionadas ao processo saúde-doença e itinerário terapêutico

Acerca do itinerário terapêutico dos pacientes, o tempo médio para procura por ajuda, após o início da sintomatologia, variou de horas a meses, com uma média de 1,5 meses. Quanto ao período de tempo entre a busca pelo serviço e o diagnóstico de tuberculose, foi em média de 50 dias. Os sinais/sintomas mais referidos foram: tosse 22 (88,0%), febre 18 (72,0%), emagrecimento 11 (44,0%), dor (abdominal, mialgia, cefaleia e torácica) 11 (44,0%), falta de apetite 10 (40,0%) e fadiga 10 (40,0%).

Ao adoecer, a maioria dos pacientes buscou auxílio diretamente de profissionais de saúde 18 (72,0%), destacando-se também a procura de familiares 6 (24,0%).

O primeiro serviço de saúde procurado, pela maioria dos pacientes entrevistados, foi a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 13 (52,0%), seguida de Unidade Básica de Saúde dotada de Estratégia Saúde da Família – ESF 5 (20,0%).

Acerca do diagnóstico, o Hospital Otávio de Freitas foi o responsável pelo maior número de confirmações de casos 17 (68,0%). Quanto ao recebimento de auxílio governamental, 25 (100%) afirmaram não recebimento. Em se tratando de gastos para o acesso ao diagnóstico, 3 pacientes (12,0%) referiram ter tido gasto com o deslocamento de suas residências aos serviços de saúde através de automóveis, conforme pode ser verificado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes no estudo segundo sintomatologia e elementos relativos ao itinerário terapêutico percorrido até o diagnóstico

| VARIÁVEIS | N | % |
|--------------------------------|----|-------|
| SINTOMATOLOGIA REFERIDA | | |
| Tosse | 22 | 88,0* |
| Febre | 18 | 72,0* |
| Emagrecimento | 11 | 44,0* |

Continuação Tabela 4 – Distribuição dos participantes no estudo segundo sintomatologia e elementos relativos ao itinerário terapêutico percorrido até o diagnóstico

| VARIÁVEIS | N | % |
|---|----------|----------|
| SINTOMATOLOGIA REFERIDA | | |
| Dor | 11 | 44,0* |
| Abdominal | 3 | 12,0* |
| Mialgia | 3 | 12,0* |
| Cefaleia | 3 | 12,0* |
| Torácica | 1 | 4,0* |
| Falta de apetite | 10 | 40,0* |
| Fadiga | 10 | 40,0* |
| Desconforto na garganta (pigarro) | 6 | 24,0* |
| Suor excessivo | 2 | 8,0* |
| BUSCA DE AUXÍLIO | | |
| Profissionais de saúde | 18 | 72,0 |
| Familiares | 6 | 24,0 |
| Vizinho | 1 | 4,0 |
| PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE PROCURADO | | |
| Unidade de Pronto Atendimento | 13 | 52,0 |
| UBS da Estratégia Saúde da Família | 5 | 20,0 |
| Hospital Público | 4 | 16,0 |
| Farmácia | 1 | 4,0 |
| Clínica Particular | 1 | 4,0 |
| Consultório de Rua | 1 | 4,0 |
| SERVIÇO QUE DIAGNOSTICOU A TUBERCULOSE | | |
| Hospital Público | 17 | 68,0 |
| Unidade de Pronto Atendimento | 4 | 16,0 |
| UBS da Estratégia Saúde da Família | 3 | 12,0 |
| Consultório de rua | 1 | 4,0 |

Conclusão Tabela 4 – Distribuição dos participantes no estudo segundo sintomatologia e elementos relativos ao itinerário terapêutico percorrido até o diagnóstico

| VARIÁVEIS | N | % |
|-------------------------------|----|-------|
| AUXÍLIO GOVERNAMENTAL | | |
| Não | 25 | 100,0 |
| GASTO COM DESLOCAMENTO | | |
| Não | 22 | 88,0 |
| Sim | 3 | 12,0 |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

*Porcentagem acumulativa.

5.3 Características clínico-laboratoriais e de tratamento dos pacientes

Quanto ao tipo de caso, 23 (92,0%) foram casos novos, ressaltando-se que um paciente (4,0%) apresentava recidiva da tuberculose e outro (4,0%) encontrava-se em retratamento após abandono.

A tuberculose pulmonar foi prevalente no estudo, em 23 (92,0%) pacientes, mas verificou-se, também, 2 (8,0%) pacientes com tuberculose intestinal.

A maior parte dos pacientes foi submetida à baciloscopia para o diagnóstico 23 (92,0%). Já a baciloscopia de acompanhamento esteve presente durante o tratamento de todos os entrevistados.

Além da baciloscopia, para a confirmação diagnóstica, também foram realizadas cultura de escarro em 23 (92,0%) pacientes. Entretanto, o raio-x de tórax foi realizado em todos os pacientes entrevistados, como rotina hospitalar e para o acompanhamento da progressão ou regressão da doença.

No caso dos pacientes com tuberculose intestinal foi realizado o exame histopatológico de peça anatômica.

O teste de sensibilidade farmacológica foi realizado em todos os doentes, com resultado de sensibilidade a todas as drogas para 22 (88,0%) e resistência à Rifampicina em 3 (12,0%) pacientes, que também foram submetidos à cultura de escarro.

O Teste Molecular Rápido – TMR – TB, realizado na totalidade dos pacientes detectou 3 (12,0%) resistentes à Rifampicina, corroborando o teste de sensibilidade farmacológica.

Os testes Anti-HIV, de função renal e de função hepática foram realizados em todos os entrevistados, conforme pode ser verificado na Tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização clínico-laboratorial dos participantes do estudo

| VARIÁVEIS | n | % |
|--|----------|----------|
| TIPO DE CASO | | |
| Caso novo | 23 | 92,0 |
| Recidiva | 1 | 4,0 |
| Retratamento após abandono | 1 | 4,0 |
| FORMA DA TUBERCULOSE | | |
| Pulmonar | 23 | 92,0 |
| Extrapulmonar Intestinal | 2 | 8,0 |
| BACILOSCOPIA DIAGNÓSTICA | | |
| Sim | 23 | 92,0 |
| BACILOSCOPIA DE ACOMPANHAMENTO | | |
| Sim | 25 | 100,0 |
| CULTURA DE ESCARRO | | |
| Sim | 3 | 12,0 |
| RAIO-X DE TÓRAX | | |
| Sim | 25 | 100,0 |
| HISTOPATOLÓGICO | | |
| 9Sim | 2 | 8,0 |
| TESTE DE SENSIBILIDADE | | |
| Sim | 25 | 100,0 |
| Sensível a todas as drogas | 22 | 88,0 |
| Resistente à Rifampicina | 3 | 12,0 |
| TESTE MOLECULAR RÁPIDO – TMR – TB | | |
| Sim | 25 | 100,0 |

| | | |
|--------------------------------------|----|-------|
| MTB Detectado-Rifampicina Sensível | 22 | 88,0 |
| MTB Detectado-Rifampicina Resistente | 3 | 12,0 |
| TESTAGEM ANTI-HIV | | |
| Sim | 25 | 100,0 |
| Não-reagente | 25 | 100,0 |
| TESTES DE FUNÇÃO RENAL | | |
| Sim | 25 | 100,0 |
| TESTES DE FUNÇÃO HEPÁTICA | | |
| Sim | 25 | 100,0 |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

De acordo com a Tabela 6, do total de pacientes entrevistados, 9 (36,0%) eram tabagistas ativos no momento do adoecimento, mas os demais declararam-se não fumantes (16: 64,0%). Quanto ao uso de álcool, 18 (72,0%) referiram não beber e 7 (28,0%) se autoafirmaram etilistas crônicos. A maior parte dos entrevistados negou o uso de drogas (20: 80,0%), mas 5 (20,0%) afirmaram que faziam uso de drogas ilícitas até alguns dias antes da internação. Ademais, 20 (80,0%) não apresentavam diabetes. Nenhum dos participantes tinha algum tipo de transtorno mental diagnosticado, associado ao quadro de tuberculose, no momento das entrevistas.

Tabela 6 – Comorbidades associadas à Tuberculose dos participantes do estudo

| VARIÁVEIS | N | % |
|----------------------|----|-------|
| TABAGISMO | | |
| Não | 16 | 64,0 |
| Sim | 9 | 36,0 |
| DIABETES | | |
| Não | 20 | 80,0 |
| Sim | 5 | 20,0 |
| DOENÇA MENTAL | | |
| Não | 25 | 100,0 |

Conclusão Tabela 6 – Comorbidades associadas à Tuberculose dos participantes do estudo

| VARIÁVEIS | N | % |
|-------------------|----------|----------|
| ALCOOLISMO | | |
| Não | 18 | 72,0 |
| Sim | 7 | 28,0 |
| DROGADIÇÃO | | |
| Não | 20 | 80,0 |
| Sim | 5 | 20,0 |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

Os medicamentos utilizados pelos pacientes durante o tratamento da Tuberculose também foram verificados, de acordo com o perfil de sensibilidade da bactéria, conforme os testes de sensibilidade executados pelo Hospital. Assim, 22 (88%) entrevistados faziam uso de Rifampicina, e os demais apresentavam resistência à droga, tendo sido substituída por Capreomicina em todos os casos. Um dos pacientes apresentou intoxicação por Etambutol, sendo este substituído por Estreptomicina. Quanto aos outros medicamentos, todos os demais pacientes faziam uso de Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol.

Por serem todos negativos para o HIV, nenhum paciente fazia uso de terapia antirretroviral durante o período das entrevistas, conforme pode ser visto na Tabela abaixo.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes no estudo segundo esquema de tratamento

| VARIÁVEIS | N | % |
|---------------------|----------|----------|
| RIFAMPICINA | | |
| Sim | 22 | 88,0 |
| ISONIAZIDA | | |
| Sim | 25 | 100,0 |
| PIRAZINAMIDA | | |
| Sim | 25 | 100,0 |

Conclusão Tabela 7 – Distribuição dos participantes no estudo segundo esquema de tratamento

| VARIÁVEIS | N | % |
|-------------------------|----------|----------|
| ETAMBUTOL | | |
| Sim | 25 | 100,0 |
| CAPREOMICINA | | |
| Sim | 3 | 12,0 |
| ESTREPTOMICINA | | |
| Sim | 1 | 4,0 |
| ANTIRRETROVIRAIS | | |
| Não | 25 | 100,0 |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

Os motivos de internação estão apresentados na Tabela 8, com destaque para a hemoptise, responsável por 21 (84,0%) das internações, seguida por intolerância medicamentosa 1 (4,0%), causas sociais 1 (4,0%), não adesão ao tratamento 1 (4,0%) e toxicidade medicamentosa 1 (4,0%).

Tabela 8 – Causas de internação dos participantes.

| VARIÁVEIS | N | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| HEMOPTISE | 21 | 84,0 |
| INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA | 1 | 4,0 |
| CAUSAS SOCIAIS | 1 | 4,0 |
| NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO | 1 | 4,0 |
| TOXICIDADE MEDICAMENTOSA | 1 | 4,0 |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

Da análise das variáveis que constituíram essa etapa do estudo, verificou-se, entre outros, baixa escolaridade, precária qualificação para o trabalho, baixa renda familiar e demora na procura de serviços de saúde, a partir do início dos sinais e/ou sintomas configurando elementos de vulnerabilidade individual.

Destaca-se que, pelo próprio conceito de vulnerabilidade, há uma relação inextricável entre suas dimensões. Assim, no tocante à vulnerabilidade social, os mesmos elementos constitutivos da dimensão individual de certa forma atuam como elementos que perfazem a vulnerabilidade social, acrescidos do não recebimento de auxílio governamental durante o tratamento.

Quanto aos elementos que integram a dimensão programática da vulnerabilidade, destaca-se a demora para a obtenção do diagnóstico, conforme quadro abaixo.

Quadro 3 – Elementos de vulnerabilidade segundo as dimensões individual, social e programática

| Vulnerabilidade Individual | Vulnerabilidade Social | Vulnerabilidade Programática |
|---|---|---|
| Baixa escolaridade | Baixa escolaridade | - |
| Local de trabalho | Local de trabalho | - |
| Trabalho Informal | Trabalho Informal | - |
| Baixa qualificação profissional | Baixa qualificação profissional | - |
| Baixa renda familiar | Baixa renda familiar | - |
| Demora na procura dos serviços de saúde | - | - |
| Baixa prática de atividades de lazer | - | - |
| Busca por cuidados não profissionais | - | - |
| Tabagismo | Tabagismo | - |
| Drogadição | Drogadição | - |
| Etilismo | Etilismo | - |
| - | Não fornecimento de auxílio governamental - | Não fornecimento de auxílio governamental |
| - | - | Demora diagnóstica |
| - | - | Despreparo profissional |

Conclusão Quadro 3 – Elementos de vulnerabilidade segundo as dimensões individual, social e programática

| Vulnerabilidade Individual | Vulnerabilidade Social | Vulnerabilidade Programática |
|---|-------------------------------|---|
| Motivo de internação: hemoptise | | |
| Primeiro serviço de saúde procurado: hospital/farmácia | | Primeiro serviço de saúde procurado: hospital/farmácia |
| Situação de cárcere/ situação de rua | | |
| Morar em casa alugada | | |
| Necessidade de afastamento do trabalho devido à doença | | |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

5.4 Os depoimentos dos pacientes

Conforme anteriormente apontado, os depoimentos dos pacientes foram analisados pautando-se na metodologia proposta por Bardin²⁹. A partir da leitura dos depoimentos foi possível identificar que duas categorias analíticas emergiram.

As frases apresentadas no Apêndice A perfazem as categorias em questão, as quais não devem ser compreendidas de forma independente, mas constituem uma teia interligada de significados e percepções.

5.4.1 Categoria I – Processo Saúde Doença

São subcategorias desta categoria: Conhecimento sobre a doença e Conhecimento sobre o Tratamento.

Como a maioria dos pacientes entrevistados foi acometida pela forma pulmonar da doença, a sintomatologia respiratória foi a mais relevante, citada pela maior parte dos pacientes.

Por vezes, o quadro esteve relacionado apenas a um desconforto na garganta (E5; E6; N28; O29; P1; P2; P11; P26; R2; R24; S3; T1): *“...eu inicialmente comecei com um pigarro na garganta...”* (M1). Tal desconforto chegou ao ponto de impedir a deglutição e interferir diretamente na alimentação de um dos pacientes: *“...nem conseguia me alimentar e nem beber água nem nada. Ao beber da água eu gritava, isso aqui ... não descia nada (mostrando a garganta), só saía, só saía, muita secreção”* (B14).

Mas, o desconforto também se apresentou relacionado à tosse (M1; M28; O29; P1; P2; P26; R2; R24; S3; T1) que, como sinal clássico da forma pulmonar da tuberculose, foi apontada por grande parte dos pacientes como manifestação inicial da doença (B15; C1; D1; F1; I1; L8; M1; N2; O1; Q1; S2; T1; U1; V1; X1; Y1). Além disso, apontam-se algumas características: tosse produtiva: *“Sabe aquelas tosses que a gente sente que tem catarro preso? ... A que eu sentia era dessas”* (J4); também confundida com quadro alérgico: *“Depois de um tempo, acho que umas 3 semanas, a tosse ainda existia, mas eu achava que era alguma coisa alérgica, já que eu tenho muita alergia e com a mudança no clima eu geralmente adoço”* (T2).

A febre, outro sinal clássico, também foi mencionada, marcando o reconhecimento inicial do adoecimento (A4; B15; E18; F1; K2; O2; V1;): *“Eu fui trabalhar, senti uma febre, peguei e falei com o gerente e fui no posto médico...”* (F13); *“...Eu senti febre, muita febre. Comecei a ter muita febre...”* (G1); *“Senti doente quando eu comecei a esquentar o corpo, com febre...”* (W1).

A sudorese (P4; P5) foi relatada apenas por dois pacientes, mas quando presente, mostrou-se intensa: *“...o lençol tava suado, parecia que tava debaixo de um chuveiro”* (E6).

A perda de peso foi tida como um sinal de alerta, indicando adoecimento quando associada a outros sinais e sintomas (E7; L4; T3; X7; W2) e percebida como um agravamento do quadro (I21; U1). O fato de perder peso também foi representado como motivo para melhorar a alimentação ou suplementação: *“...comecei a ter febre, perder peso, perder a fome e decidi tomar umas vitaminas por conta própria para melhorar a imunidade...”* (O2).

A perda de peso foi acompanhada da perda de apetite: *“...não tinha apetite, não queria comer nada e percebi que fui perdendo peso...”* (L4), sinal destacado entre os entrevistados (B15; H2; H16; M3; N5; R3; R25; U1).

A fadiga acompanhou o curso da doença de alguns pacientes (B15; C7; D12; E29; G26; J1; K2; M3; N4; Q26; R3; W2), chegando a ser considerada o motivo de internação: *“...eu vim pra cá por causa do cansaço”* (D13).

A dor também foi citada como um sintoma da doença, principalmente pelos pacientes que apresentavam a forma extrapulmonar intestinal (H1): *“...era uma dor que não passava e que só ia aumentando, eu não aguentava de dor”* (A4). Pacientes que apresentavam a forma pulmonar também mencionaram dor, mas relacionada à mialgia difusa (D1; E7; K2), ou no caso de cefaleia (G27; Q1; S22).

a) Conhecimento sobre a doença

Os pacientes parecem conhecer a doença associando-a ao órgão atingido, o pulmão (C16; D31; J27; J37; K27; N15; O16; P17; Q16; R15; S19; U10; Y140): *“É uma doença que ataca os pulmões e faz com que ele se esfarele...”* (J27). Mas, além do órgão alvo, outros sinais e sintomas foram associados à enfermidade: *“A doença no pulmão causa tosse, emagrecimento, febre, dores, sangue pela tosse”* (O18).

Por outro lado, alguns pacientes, portadores da forma pulmonar, apontaram o caráter de transmissibilidade da doença (M17; O16; T13): *“...Pra mim, quando eu conheci a tuberculose, existia uma doença que dava no peito, era transmitível, que tinha tosses, é... Catarro... mas aí ele (o médico) falou que existe outros tipo... (A24)”*. A forma extrapulmonar da doença foi associada à gravidade e agressividade do patógeno: *“Hoje eu sei que existe, que ataca o pulmão e sai destruindo tudo, inclusive, tem amigo meu aqui internado, que não é nem no pulmão, a bicha (tuberculose) foi tão agressiva que furou os osso dele. Então a doença ainda existe por aí e é bom se cuidar. Por isso que vocês usam essas máscaras aí, parece que a gente é bicho de outro planeta...”* (J37).

Acerca do agente causador, entrevistados apontaram que a doença é causada por bactérias, em sua maioria (J25; J27; L20; M17; N15; O17; P17;

P18; Q17; R16; T13;M T15; V10; W21): “...Agora eu sei que é uma doença causada por uma bactéria que se aloja no nosso pulmão...” (N15); “...A enfermeira explicou o que era essa doença, explicou a causa, que é uma bactéria, que essa bactéria se pega em qualquer lugar e ela se aproveita da gente estar fraco, disse que o que eu estou tomando é antibiótico.” (J15).

Entretanto, também se verificou uma certa indistinção entre a TB e a pneumonia (G60; Q16): “Pelo que eu entendi, a tuberculose é tipo uma pneumonia do pulmão. A gente tosse, tem febre, por causa de uma infecção, né? Aí essa doença é de uma bactéria que entra no pulmão quando a gente respira e se estiver fraco ela se aproveita e adoce a gente” (P17).

Por ser uma doença transmissível (A24; B3; N15; N22; P17; S19; W21), a TB provoca receio de contaminação entre os comunicantes/residentes em um mesmo domicílio: “Fiquei com medo dela adoecer também, mas ainda bem que não adoeceu (X22)”. Além do receio de contaminação, estar doente configurou-se como motivo de vergonha para um dos entrevistados: “Mas, no momento que eu tô doente, eu me sinto uma pessoa assim, envergonhada, de tá no meio da família, por precaução de transmitir o problema que eu tenho pra outros que eu não quero... que o que eu tenho eu não quero transmitir pra ninguém” (B3).

O conhecimento sobre a transmissibilidade foi relacionado à dispersão a partir da tosse: “Agora eu sei que é uma doença causada por uma bactéria que se aloja no nosso pulmão e que a gente pega tendo contato com alguém que tenha a doença quando nossas defesas estão fracas e que a gente passa para os outros através da tosse” (N15).

A via respiratória foi apontada como a via de contaminação pela bactéria causadora da doença: “... essa doença é de uma bactéria que entra no pulmão quando a gente respira e se estiver fraco ela se aproveita e adoce a gente...” (P17). Mesmo não associada à tosse, a tuberculose também é representada como uma doença transmitida apenas pelo fato de respirar, por meio da dispersão dos bacilos: “...aí eu respiro e boto as bactérias para fora, você respira e adquire a doença.” (W21). “É uma bactéria que causa, que a gente pega indo para onde tem muita gente junta...” (Q17).

Em vários relatos, os pacientes referiram saber que se trata de uma doença que é passível de cura (B24; B44; J30; L31; N14; P16; R14; S18;

Y12;W13): *“Explicaram que eu estava com tuberculose, me explicaram como ia ser feito o tratamento, disseram que eu não me preocupasse, que era uma doença que tinha cura e que ia dar tudo certo”* (M16).

Entretanto, mesmo sabendo da possibilidade de cura, alguns pacientes aventaram a chance de morte (B34; B45; D8; D21; E28): *“Tuberculose, pelo que eu vejo por outros pacientes, que eu vejo num estado bem pior que o meu, ela pode levar à morte, se não cuidar”* (G62).

Mesmo sendo uma doença com alta taxa de incidência, por vezes, é tida como extinta (J36; K17; M29; N30): *“sabia que era uma doença antiga, que não existia mais. Chamava o povo de tísico e andavam com lenço na boca tossindo e todo melado de sangue, dizia minha mãe. Mas não sabia que ainda existia nos dias de hoje”* (K27).

Quanto à prevenção, alguns pacientes apontam que há necessidade de melhoria dos hábitos de vida, para aumentar a imunidade: *“a tuberculose é uma doença que afeta o pulmão, pode gerar tosse, febre, perda de peso, pode fazer a gente sangrar pela boca quando tosse, o médico falou que é uma doença que tá muito ligada com as condições de higiene de onde a gente vive, se a gente se alimenta bem, se tem as defesas boa, se a gente convive com muita gente, se tem risco de ter alguém doente com a gente”* (S19).

Um dos pacientes mencionou que “maus hábitos” contribuem para o adoecimento: *“O pulmão tá ruim, tá todo manchado devido às cachaça, devido muito cigarro que eu fumei, devido umas droga também que eu fumei e, noite de sono, farra, sem cumê, num tinha, num cumia. Passava dois, três dia sem cumê só tumano cachaça com fruta verde com sal. Isso aí foi o que o que eu sei que causou essa tuberculose”* (D32).

Em um âmbito geral, a tuberculose pode ser expressa pela fala do entrevistado K: *“É uma doença devastadora. Acaba com a vida da gente. A gente não faz nada. Tudo muda, a gente fica sem trabalhar e ainda fica se sentindo mal por poder passar a doença pro povo de casa”* K17.

b) Conhecimento sobre o tratamento

O tratamento da TB é padronizado no país, os medicamentos utilizados foram unidos em um só comprimido que contém o esquema básico de antibióticos efetivos contra as cepas da bactéria causadora da tuberculose, garantindo menor chance de resistência bacteriana e uma maior adesão ao tratamento autoadministrado ou Diretamente Observado. Entretanto, nos participantes do estudo pode-se perceber pouco conhecimento acerca do tratamento.

Em suas falas, alguns pacientes demonstraram não conhecer as drogas que faziam uso (A23; D34; F19; G54; H22; J29; L25; P21; V12; X16; X17; Y13): *“...num sei o nome dos remédio não. Tomo uns xarope. Ainda sinto febre”* (F19), *“...eu tomo, mas não sei o nome deles não”* (H22).

Mesmo desconhecendo a medicação utilizada, os pacientes sabiam, genericamente, uma classe dos fármacos, os antibióticos (B36; J28; K21; L22; P21; Q20; S21; S22; T16; T17; V11; Y13; W16) *“...de nome não sei não, mas sei que tem antibiótico para a bactéria da tuberculose”* (P21). Uma parcela dos pacientes relatou não saber a nomenclatura das medicações, apenas sabiam que se tratavam de drogas para a tuberculose e que eram antibióticos (B37; G54; G63; P21; Y13).

Um dos entrevistados afirmou não conhecer as drogas que estava utilizando, mas que confiava na equipe que o assistia: *“...eu não sei quais os remédio não, mas sei que são os correto, confio no povo daqui!”* (D34).

Outro ponto a ser ressaltado está na fala dos pacientes a seguir, que referiram que não se deve abandonar o tratamento para que este se torne eficaz: *“Bom, o tratamento da tuberculose regularmente é os medicamentos e você não sair do tratamento, né?”* (E30); e outro, que mencionou que o abandono repercutiu em piora clínica autopercebida: *“Aí, foi quando eu imaginei que tava voltando de novo a tuberculose. Parei por dois meses com tudo e foi a onda, piorou mais ainda”* (G44).

Em contrapartida aos pacientes que desconheciam o esquema terapêutico em uso em seu tratamento, alguns doentes relataram de forma detalhada as medicações utilizadas (M20; W16): *“Deixa eu ver aqui. Isoniazida*

mais Rifampicina. Aí eu vim tomar Etambutol, que foi o que eu intoxiquei em casa, intoxiquei com ele. Aí, foi suspenso...agora, eu tô tomando o Rifampicina com Isoniazida em comprimido, né? ... tô fazendo agora esse Estreptomicina que é injetável, acho que tive a alergia, né? ... agora eu tô tomando esse agora, faz três dias que eu tô fazendo ele” (C14).

No que diz respeito ao tempo de tratamento, alguns pacientes referiram saber que se estende por 6 meses (J30; M19; O21; Q19; S21): *“...disseram que depende, mas que, geralmente, se der tudo certo, dura uns 6 meses, agora é esperar, ... eu não vou precisar passar esses 6 meses internado não, já já se tudo der certo, eu volto para casa” (N21).*

Mesmo não se tratando da categoria em questão, o adoecimento por tuberculose foi percebido como causador de repercussão na atividade laboral (E1; E3; K17), com impacto direto nas condições de vida: *“Com tuberculose você não trabalha, pode passar para os outros, é uma doença que passa pelo ar” (W21).* Entende-se que a forma de lidar com a doença decorre das condições sociais: *“Só que a gente tem que se cuidar, quem tem condições, quem pode se alimentar bem, ter uma casa, um trabalho certinho, tem que se cuidar...” (S27).* Além disso, o trabalho foi tido como potencial fonte de contaminação: *“Disseram que eu posso ter pegado essa doença no trabalho, já que lá tem muita gente aglomerada na feira” (X23).*

O quadro 4 mostra os potenciais elementos que emergiram dos depoimentos dos pacientes e que podem contribuir para ampliar os contextos de vulnerabilidade em suas diferentes dimensões.

Quadro 4 – Potenciais elementos que contribuem para a vulnerabilidade dos pacientes internados

| Vulnerabilidade Individual | Vulnerabilidade Social | Vulnerabilidade Programática |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Baixa autopercepção do adoecimento | | - |

Conclusão Quadro 4 – Potenciais elementos que contribuem para a vulnerabilidade dos pacientes internados

| Vulnerabilidade Individual | Vulnerabilidade Social | Vulnerabilidade Programática |
|---|---|---|
| Desconhecimento sobre a doença | Desconhecimento sobre a doença | Desconhecimento sobre a doença |
| Estigma por ser portador da Tuberculose | Estigma por ser portador da Tuberculose | - |
| Desconhecimento sobre a presença da tuberculose na sociedade | Desconhecimento sobre a existência da Tuberculose na sociedade | Desconhecimento sobre a existência da Tuberculose na sociedade |
| Dificuldade de entendimento acerca das explicações sobre tratamento | - | - |
| Abandono do tratamento | - | - |
| Impacto do adoecimento na atividade laboral e condições de vida | Impacto do adoecimento na atividade laboral e condições de vida | - |
| - | - | Falta de orientações sobre o quadro clínico e tratamento da doença. |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

5.4.2 Categoria II – Itinerário Terapêutico

São subcategorias desta categoria: Trajetória percorrida do início da sintomatologia ao início do tratamento, Acesso ao diagnóstico, Apoio durante a trajetória terapêutica e Percepções sobre os serviços de saúde.

a) Trajetória percorrida do início da sintomatologia ao início do tratamento

Nessa subcategoria estão apresentados os Itinerários Terapêuticos dos 25 participantes do estudo, desde os primeiros sinais e sintomas apresentados até a instauração do tratamento definitivo por ocasião da Internação no Hospital Otávio de Freitas. Os itinerários foram construídos a partir dos discursos dos entrevistados. Os IT encontram-se ilustrados em forma de figura, em que as numerações presentes representam a ordem de ações dos pacientes diante de sua trajetória. Apresentam-se, ainda, as condutas que foram realizadas em cada serviço de saúde procurado, de modo a facilitar o entendimento da trajetória do paciente desde os primeiros sinais e sintomas apresentados até a alta hospitalar.

Itinerário Terapêutico do Paciente A:

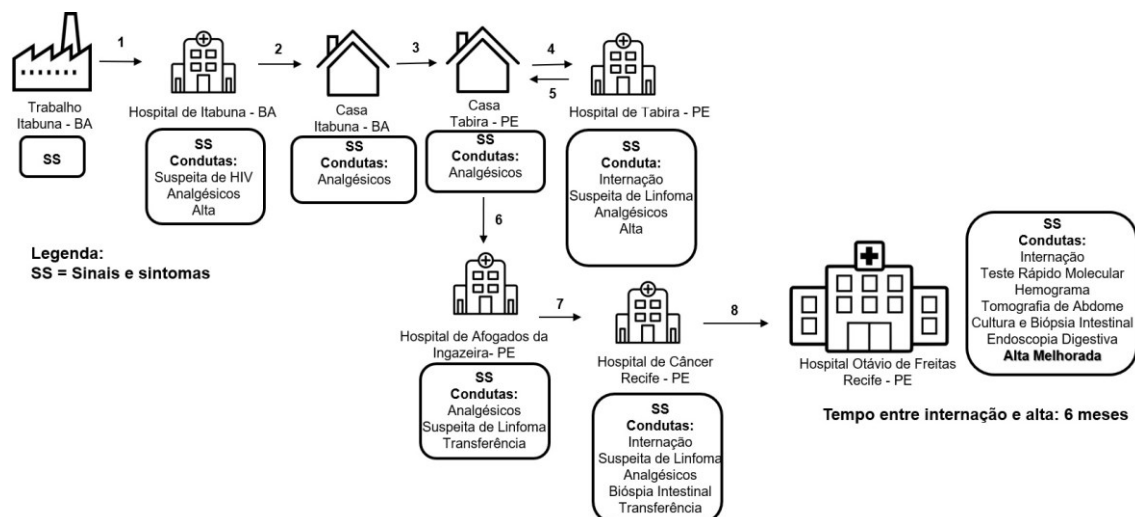


Figura 3 – Itinerário Terapêutico do Paciente A, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Tava no trabalho” (A11). “Procurei o hospital no mesmo dia que começaram as dor.” (A1). “Eu comecei sentindo dor, emagrecimento, febre, essas coisas. Era uma dor que não passava e que só ia aumentando, eu não aguentava de dor” (A4). “Aí eu senti as dor. Cheguei lá, fui pro hospital de lá, aí

ninguém resolvia, pensaram até que era HIV. Aí, eu fiquei preocupado e fui embora pra casa. Cheguei em casa. Cheguei em casa em Itabuna e depois fui para Tabira” (A12). “Fui pro Hospital de Tabira, depois o de Afogados da Ingazeira... “Eu senti a dor, fui pro hospital. Chegou no hospital pensaram que era linfoma... eu fiz os exame, particular (A13). Aí vim pro hospital do Câncer e agora eu tô aqui (A6). Aí, de lá, eu fui transferido até aqui. Aqui eu fiz um monte dos exame, mas não resolveu nada até agora” (A14).

Itinerário Terapêutico do Paciente B

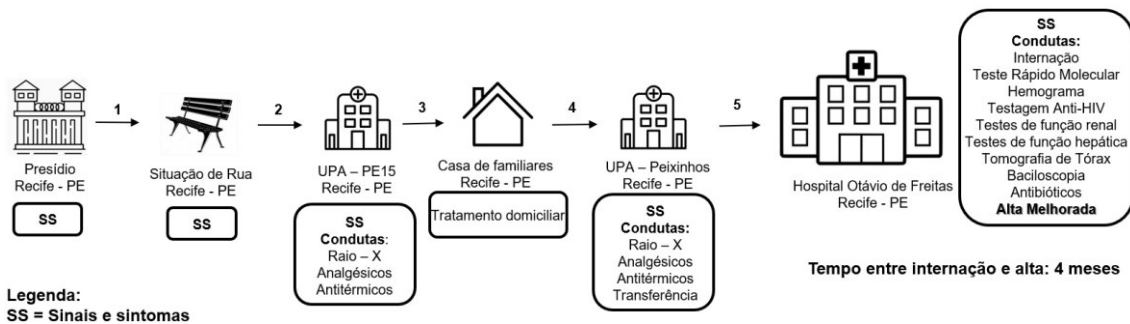


Figura 4 – Itinerário Terapêutico do Paciente B, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Tava no presídio preso há dez anos... (B8). “...fiz os exame de escarro deu positivo. Me tratei durante três meses, parei através da perca da minha mãe. Perdi minha mãe. Parei do tratamento” (B9). “Me soltei, num deixei as droga, continuei, continuei. Passei uns tempo também durmino pela rua, passei uns tempo durmino pela rua. Apesar de que eu tinha o apoio da minha família, mas eu num tava quereno” (B11). “Quando eu adoeci eu não liguei, a droga era o meu remédio, chegou um tempo que eu não consegui nem droga nem nada.” (B.42). “E nisso daí eu num saía, nem conseguia me alimentar e nem beber água nem nada. Ao beber da água eu gritava, isso aqui... não descia nada (mostrando a garganta), só saía, só saía, muita secreção” (B14), “tive febre, tosse, esmagreci muito, cansaço, indisposição, num tinha apetite para nada” (B15), “um cansaço muito forte, que nem eu ainda sinto hoje, né? Um cansaço muito forte (B16). “Procurei a UPA da PE-15, procurei, foi o primeiro foi esse, de lá eu vim pra cá” (B22). “Lá mesmo descobriu, não demorou não foi jogo foi

muito rápido (B23). “Em casa, a tendência tava seno só esmagrecer, me alimentando bem e só esmagriceno, não podia me movimentar que eu cansava” (B27). Chegou uma certa hora que eu pedi pra minha madrasta procurar um hospital mais próximo, né? Ela me levou pra UPA de Peixinho, da UPA de Peixinho eu vim transferido pra cá há três meses, já vai fazer e faz três meses, quase três meses que eu tô por aqui, lutano, né? Me tratano, ganhei uns peso, mas a doença continua me incomodano (B28). “Fez todos os exame. AIDS, glicose, era mais AIDS e glicose e sangue, né? Pra saber se eu tinha a tuberculose mesmo. Raio-X e medicação” (B35).

Itinerário Terapêutico do Paciente C:

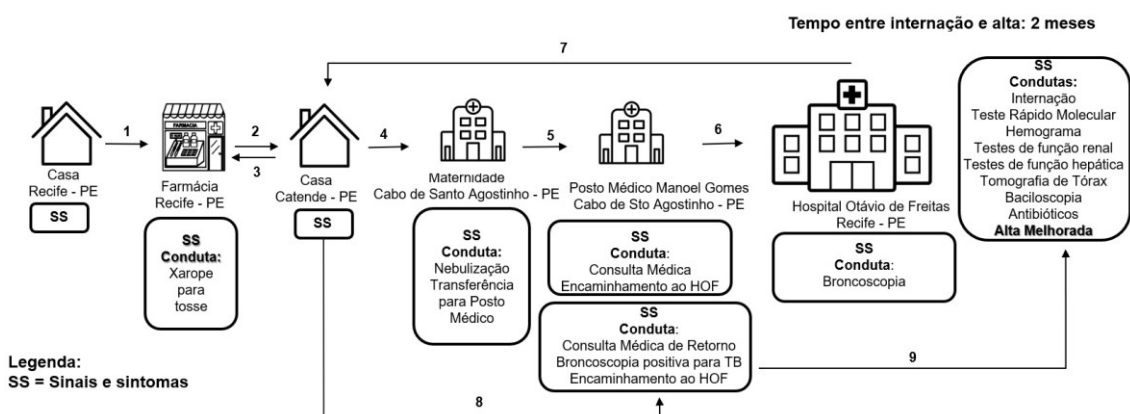


Figura 5 – Itinerário Terapêutico do Paciente C, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Eu comecei tossindo, né? Uma tosse muito constante, aí comecei a ficar cansada, aí depois que eu quis começar a ficar cansada até então não tinha procurado um médico. Depois que eu comecei cansar aí fui procurar o médico. (C1). “Procurei assim, farmácia, né? Pra ver se as pessoa me ajudavam assim com remédio caseiro, mas não serviu de nada” (C2). “De eu sentir as coisas e vim para o hospital eu passei uns 5 meses (C4)”. “Até eu descobrir, foram uns dois meses. Faz cinco meses que eu tava com o problema, assim, tosse, essas coisa tudo, aí depois com uns dois meses foi que eu vim descobrir e começava a ficar cansada, aí foi quando eu procurei o serviço” (C6). “Foi muita tosse, uma fraqueza, eu fiquei sentindo uma fraqueza, mas eu pensava que era da tosse mesmo porque eu não tava me alimentando,

né? Aí eu comecei com aquela tosse, depois veio o cansaço, aí eu parei de me alimentar direito de verdade, aí pronto, foi quando eu procurei os médico. Aí foi feito o exame, né? Os exame, broncoscopia e pronto” (C7). “Foi no Manoel Gomes lá no Cabo, um posto de saúde que tem. Passei lá, aí passei um mês com um médico lá, aí ele me encaminhou pra aqui para fazer exames” (C8). “Só medicação mesmo, aí quando eu cheguei aqui, aí eles me solicitou os exames, foi quando eu vim fazer aqui” (C9). “Pronto, a farmácia lá onde eu moro, Catende, a farmácia de Claudio, aí a maternidade de lá também o médico cubano” (C10). “Não, só assim, nebolização, aí só. Que passavam remédio e mandavam pra casa” (C11). “Azitromicina e inalação mesmo que passava, só” (C12). “Foi quando eu tava só piorando, aí eu vim pra casa da minha cunhada e de lá meu sobrinho trouxe no Cabo, nessa UPA, né? Aí da UPA me encaminharam pra cá. Pra fazer os exames, né? Depois eu fiz os exame, aí o resultado dos exame aí eu voltei pra Catende quando eu fiz a broncoscopia, quando cheguei com a broncoscopia aí acusou a tuberculose, aí eu voltei para o médico de Catende, aí ele passou a medicação da tuberculose, aí eu comecei a tomar em casa. Com quatorze dias que eu tava tomando a medicação eu fiquei toda intoxicada. Aí, eu vim pra cá intoxicada e fiquei internada” (C13).

Itinerário Terapêutico do Paciente D

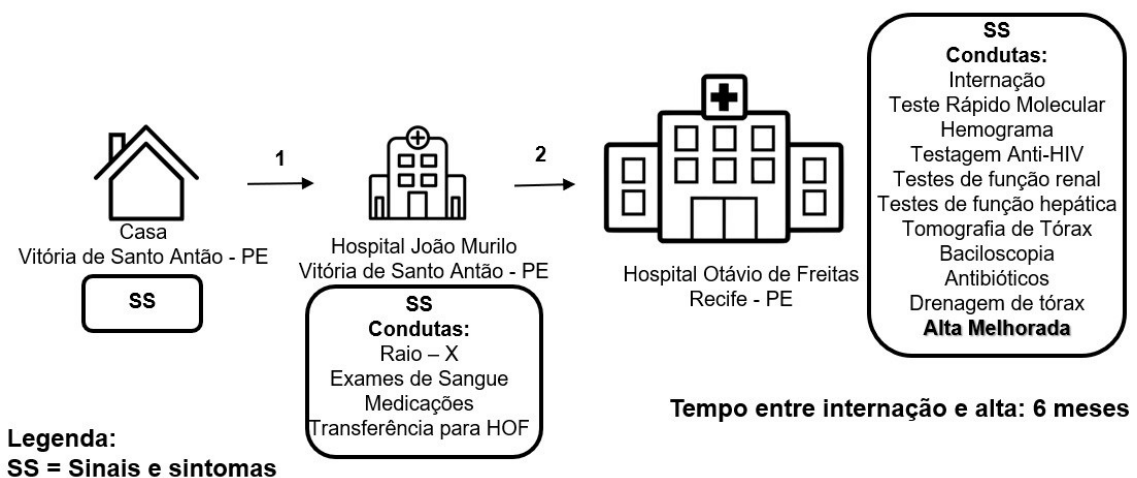


Figura 6 – Itinerário Terapêutico do Paciente D, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Eu sofri um acidente de moto. Eu tava trabalhando fichado, me acidentei de moto e perdi a visão. Só que eu tava muito doente, passei, passei uns sete mês, seis mês em casa, curtindo dor, curtindo dor, era dor, tosse, catarro, escarrava, ficava na minha janela no quarto, me acorava, me assentava na janela do quarto, começava a tossir muito, escarrano catarro, escarrei sangue vivo, mas só que eu tinha medo de vim pro hospital” (D1). “Mas, só que chegou um tempo que eu cansei. Dia de domingo eu tava em casa e cansei, fiquei sem ar. Do nada fiquei sem ar” (D6). “Quando eu cheguei em Vitória no João Muliro de Oliveira, quando cheguei lá aí me deram umas medicação tudinho, passei uns quato dia lá, aí disseram que ia enviar eu praqui que se não enviasse eu ia morrer lá em casa” (D7). “Disseram que ia enviar eu praqui que se não enviasse eu ia morrer lá em casa. Se botasse eu pra casa eu ia morrer” (D8). “Lá eles me deru uns remédio lá, uns diagnóstico, mas num sabia com que eu tava aí me disseram que tinha transferir eu pra cá porque se não transferisse eu ia chegar a morrer” (D21).

Itinerário Terapêutico do Paciente E

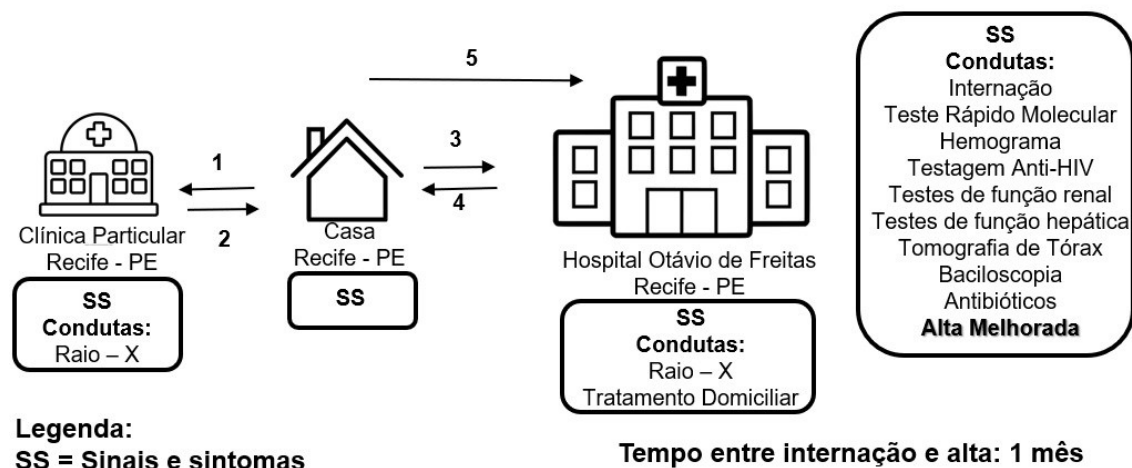


Figura 7 – Itinerário Terapêutico do Paciente E, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

“Não me amostrou sintoma de nada, nem febre, nem dor, nem tosse, nem nada, sinal nenhum.” (E.4). “Depois com muito umas três semanas, aí começou a aparecer um pigarrozinho, esse pigarro foi irritano, irritano, de

manhã quando eu me acordei que tava de plantão, que me acordei de manhã fui butano sangue vivo, boca e nariz” (E5). “Depois começou a irritando a garganta só aparecendo aquele sinal de pigarro e não vinha com sangue e eu só à noite teno febre, não apareceu de tarde, nada, só à noite que aí começava os corpo doer, aparecer febre, aí tomava uma dipirona, quando era de manhã no dia seguinte, eu acordava aí o lençol tava suado, parecia que tava debaixo de um chuveiro e eu depois foi que eu de mim mesmo tirar, medir o peso, aí percebi que eu estava perdendo peso” (E6). “Essas dores constante, essa febre e comecei a observar o peso” (E7). “Aí eu mermo, pela minha conta, teno essa febre tudinho, sem tosse sem nada, aí decidi tirar um raio-x. Eu trabalhava na área. Aí quando assim que eu tirei o raio-x eu vi a lesão no lado direito” (E8). “Trouxe pra pneumo, uma colega minha marcou aqui com a Dra. Andrea aí ela percebeu, fez o tratamento. Comecei na segunda dosagem já com ela” (E9). “Eu fui até o lavador de roupa, aí quando eu comecei a tossir era sangue direto sem parar, como eu trabalhava na área fiquei desconfiando que podia ser heminoptise, né? Aí começou direto” (E10). “Aí quando foi de, eu cheguei aqui no hospital, eu moro ali na frente era umas três horas da manhã, cuspiendo sangue. Quando cheguei que passei, cheguei na área vermelha, aí não teve mais sangramento, foi observado pelo médico, avaliado tudinho” (E11). “Eles fizeram o procedimento certo e me botaram no corredor na observaçãozinha. Quando foi de manhã me passaram um raio-x seguinte a mesma coisa que eu tinha feito. Mesma coisa, mesmo canto, nem cresceu nem subiu. Aí me botaram pra cá aí quando eu vim praqui, no outro dia seguinte eu comecei de novo, aí o sangue a continuar saindo. Depois me medicaram e passou até agora num tá teno mais nada, graças ao meu bom Deus, né?” (E12).

Itinerário Terapêutico do Paciente F

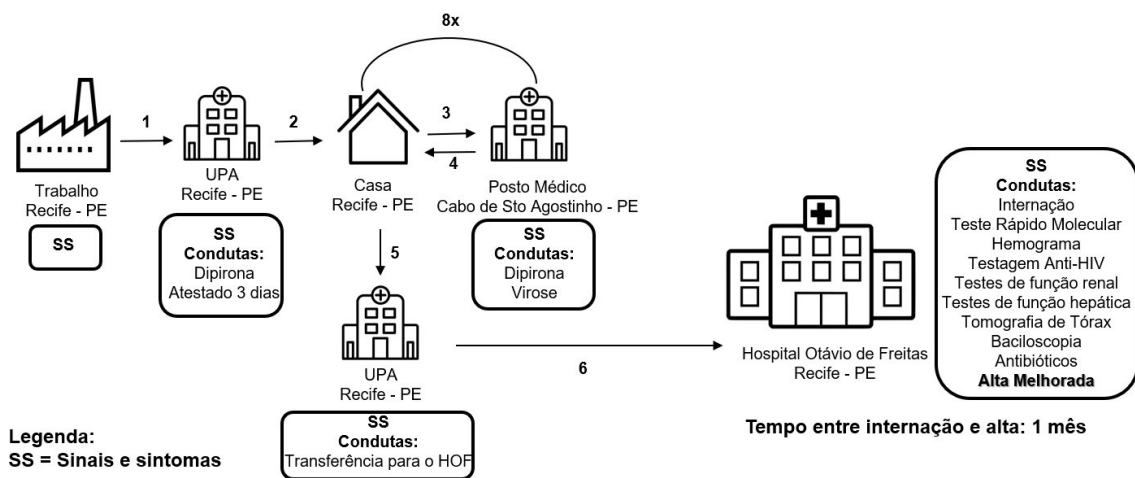


Figura 8 – Itinerário Terapêutico do Paciente F, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Febre e tosse.” “Quando eu senti isso a gente foi no posto médico que é tipo uma emergência” (F3). “Só passavam dipirona e diziam que era uma virose” (F4). “Uma vez? Eu fui umas oito vezes. Eu ia todo dia dotô” (F5). “Nenhum passava exame, num passava nada. Só dizia que era virose e que eu ia ficar bem e pronto” (F6). “Quando eu fui com minha mãe pra UPA aí que descobriram que eu tinha isso” (F7). “O médico tinha acabado de dizer, mandar eu ir fazer um teste num postinho lá que tinha uma laboratorzinho pra tuberculose, de escarro. Quando ele mandou eu ir eu comecei a botar sangue, escarrar sangue. Aí ele me encaminhou pra cá” (F8). “De exame eu fiz escarro, tomografia, raio-x, exame de sangue, só” (F9). Eu fui trabalhar, senti uma febre, pegue e falei com o gerente e fui no posto médico. Chegando lá, ele (o médico) disse que era uma virose, me deu atestado de três dias, mandou eu ficar tomando dipirona em casa e me deu atestado, eu entreguei ao gerente e fui mimborá pra casa. Isso se repetiu uns 8 dias, até o dia, até de eu pegar e ir pra UPA. Aí na UPA o dotô descobriu que podia, fez exame de pneumonia e não era. Ele disse que podia ser tuberculose.” “Aí ele ia me encaminhar pra fazer exame de escarro, aí quando ele foi viu lá os dias que eu passei de atestado ele ia passar uns dias pra eu ficar em casa pra me tratar, aí eu escarrei sangue na hora, sangue, sangue, sangue. Aí ele pegou e me encaminhou pro Otávio de Freitas” (F13).

Itinerário Terapêutico do Paciente G

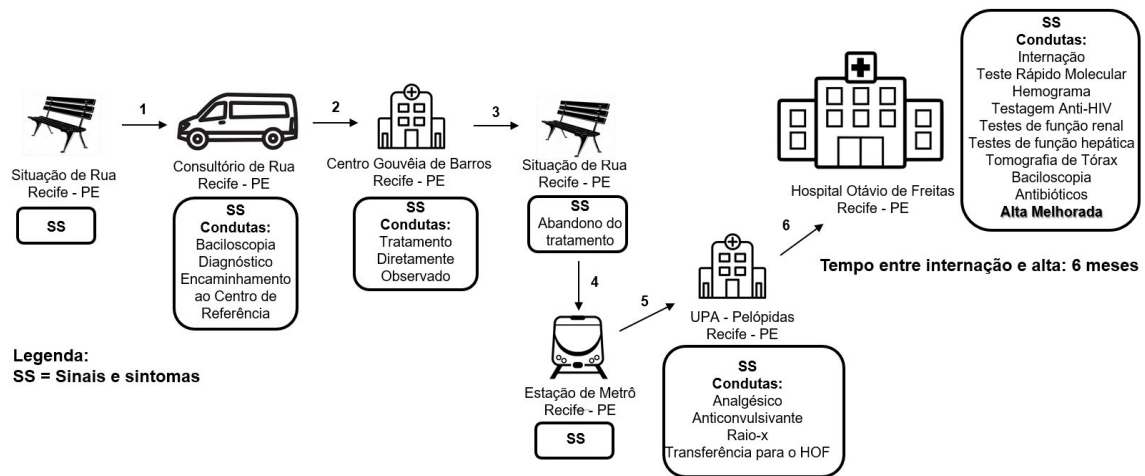


Figura 9 – Itinerário Terapêutico do Paciente G, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Eu senti febre, muita febre. Comecei a ter muita febre” (G1) “Tava na rua e passava, é que eu me esqueci o nome, um micro-ônibus que passa com o pessoal. Isso, o consultório de rua. fazendo ação comunitária e eles faz exame médico, aí fez o exame do escarro. Aí, com uma semana depois, eles trouxeram pra mim e tinha detectado que eu tava com a tuberculose” (G5). “O consultório de rua, eu tava tendo febre morando nas ruas” (G30). “Eu fui no Gouveia de Barro (centro de referência para população de rua) no centro da cidade. Comecei lá o tratamento” (G6). “Passei quatro meses tomando esse remédio e depois eu parei” (G7). “Foi, por conta própria, eu achei que tava bom, mas sabendo que o tratamento era de seis meses, achando que tava bom aí eu parei” (G35). “Aí voltou as febre de novo, depois de uma semana voltou as febre de novo, mas sem tosse” (G9). “Eu ia procurar um hospital, mas eu tava tentando controlar tomando dipirona pra dor de cabeça, aí quando eu bebia eu me sentia bem, achava que eu não ia ter febre, quando era no outro dia de manhã a febre aumentava cada vez mais” (G45). “Eu tava num terminal do Pelópidas (terminal de metrô) aí eu senti uma febre muito forte, tava com muita febre mesmo e eu tava tentando controlar essa febre, tava sentindo a vista escureceno, mas não consegui e acabei caindo no chão” (G11). “Um rapaz de lá que trabalha lá, um funcionário, me colocou no carro e me levou para UPA, essa UPA ali perto do Pelópidas mesmo” (G12). “Perguntaram a

mim se eu já tive a tuberculose, eu falei que tive e parei. Aí decidiram me internar” (G19). “Ele perguntou a mim o que foi que aconteceu que eu tava com tanta febre. Eu disse que já tive a tuberculose e parei. Aí ele falou pra mim assim: “Então, se você já teve, a gente vai tirar um raio-x do seu pulmão”. Através desse raio-x ele falou que seria, provavelmente, tuberculose ainda porque eu não tinha terminado ainda o tratamento” (G20). “Justo no dia que eu ira procurar, eu ia pro Gouveia de Barros, eu tava em Olinda, ali pro lado do Pelópidas, quando eu ia pegar o ônibus pro centro da cidade pra ir no Gouveia de Barros onde eu comecei o tratamento a primeira vez, ali mesmo no terminal eu tive uma convulsão. Foi aí onde eu fui pra UPA, ali de Olinda mesmo e lá me transferiram pra cá” (G46).

Itinerário Terapêutico do Paciente H

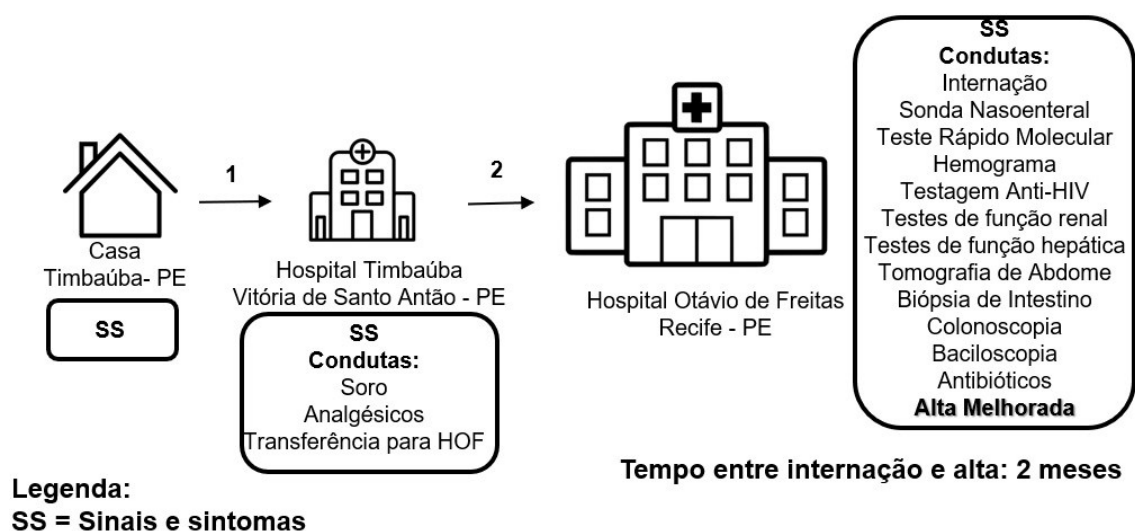


Figura 10 – Itinerário Terapêutico do Paciente H, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Comecei com umas dor, dor na barriga” (H1). “Vomitando e sem comer. Comia nada não. Faltou o apetite e aí me trouxeram aqui” (H2). “Era eu sem comer, vomitando, dor, dor, não podia andar, nada” (H16) “Ela me levou no hospital de Timbaúba – PE, mas aí não deram jeito lá e me trouxeram pra cá” (H4). “Lá não fizeram nada não, só deram remédio pra dor, mas a dor não passava com anda e eu vomitando e me mandaram pra cá” (H5). “Lá não

fizeram exame não, vieram fazer exame aqui” (H6). “Aqui fizeram exame de sangue, de chapa do peito e de tudo no mundo” (H7). De sangue. Levaram lá pra cima fazer uns exame, mas eu não sei o nome do exame não” (H8). “Botaram uma mangueira no meu nariz (sonda nasoenteral para alimentação), tava comendo por um negócio pingando, descendo” (H9). “O exame lá de cima colocaram um cano aqui por trás, um cano, tiraram, somente. É a colonospia” (H11). “Era dor mesmo, dor. Só dor. Minhas perna mesmo ficou sem eu andar, a minha perna. Eu não andava não. Eu ia pro banho numa cadeira que a mulher me levava pra ir pro banheiro tomar banho. (H14). “Tempo, faz uns dois ano que eu sinto essas dor” (H15).

Itinerário Terapêutico do Paciente I

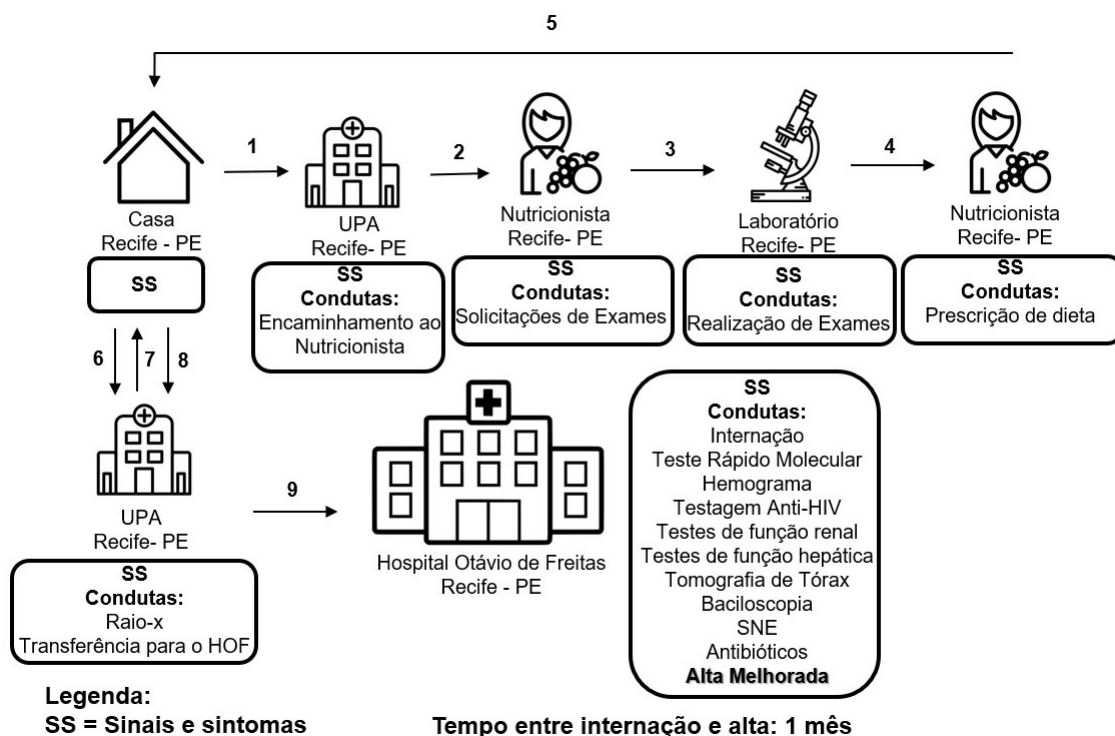
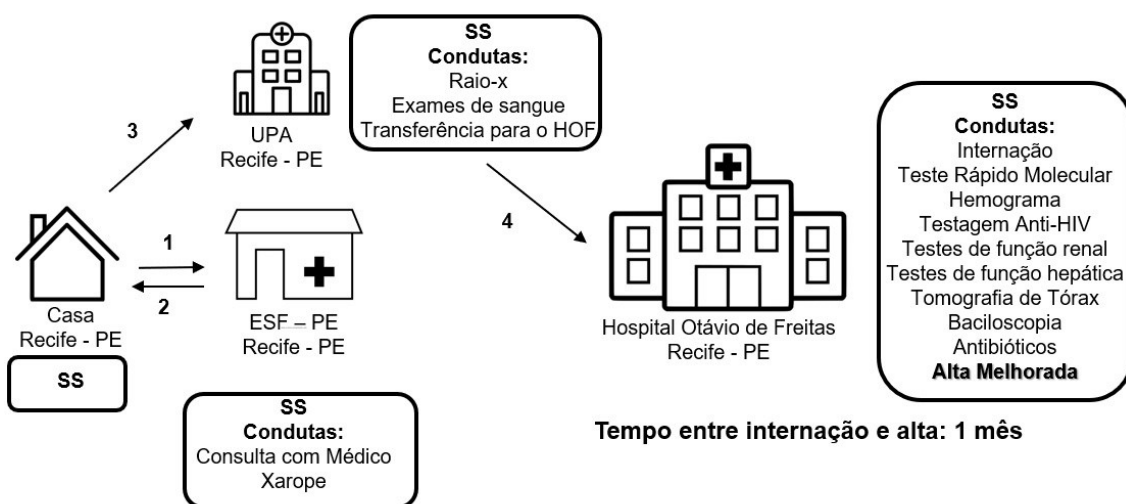


Figura 11 – Itinerário Terapêutico do Paciente I, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Meu filho, só senti tosse. Tossia muito. Não tinha febre, não tinha dor de cabeça, eu não tinha nada, só tossindo, tossindo, tossindo” (I1). “Eu fiquei sentindo assim uma tontura, uma coisa tão ruim, eu dizia que tava sentindo uma coisa ruim, não tinha coragem mais de fazer nada, perdeu toda força de

eu fazer as coisa” (I16). “Eu não tava com coragem de fazer nada, nada, nada. Só queria estar deitada dormindo” (I17). “Depois foi se agravando e eu fui perdendo peso” (I21). “Fui na UPA uma vez antes, umas duas vez” (I22). “Aí a médica disse que eu tinha que ir na nutricionista” (I23). “Meus filhos me levaram, foi feito exames de todo tipo, de fezes pra ver se não era nenhuma verme e não tinha nada, disse que precisava descobrir o motivo do peso, mas a dieta não adiantava” (I24). “Já tava tossindo sim quando fui na nutricionista” (I25). “Diziam que era normal pra idade, que era coisa do envelhecimento” (I26). “Tinha que tomar muita água, mas eu sempre perdia peso e a tosse não parava” (I27). “Da terceira vez que eu fui pra UPA é que teve um médico que quis tirar um raio-x. Aí ele viu e me mandou pra cá” (I28).

Itinerário Terapêutico do Paciente J



Legenda:
SS = Sinais e sintomas

Figura 12 – Itinerário Terapêutico do Paciente J, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Doutor, eu comecei sentindo um cansaço que eu não sabia de onde vinha.” “Quando a tosse veio eu comecei a tomar “lambedor” pra botar pra fora o catarro que sabia que tinha no peito” (J3). “Sabe aquelas tosses que a gente sente que tem catarro preso? Pronto. A que eu sentia era dessas” (J4). “Aí eu fui vendo que a tosse tava durando tempo demais, comecei a esquentar o

corpo todo dia no mesmo horário e fiquei desconfiado que tinha algo errado com a saúde, né?” (J5). “Nisso eu decidi ir no médico do postinho, mas ainda passei um tempo em casa para terminar o lambedor pra ver se fazia efeito” (J6). “Depois de um tempo fui no postinho e o médico que passou um xarope que eu não lembro o nome, mas que também não adiantou” (J7). “Eu fui pra casa, passei uma semana com a tosse e o catarro começou a sair verde. Foi aí que fui na UPA pra me atenderem” (J8). “Quando chegou lá na UPA perguntaram o que eu tava sentindo, fizeram uns exame de sangue e também fizeram um chapa do peito e disseram que eu estava com tuberculose porque tinha um buraco na no pulmão e isso que tava fazendo eu tossir” (J9). “Mandaram uma ambulância me trazer aqui e estou aqui faz 10 dias fazendo o tratamento” (J10).

Itinerário Terapêutico do Paciente K

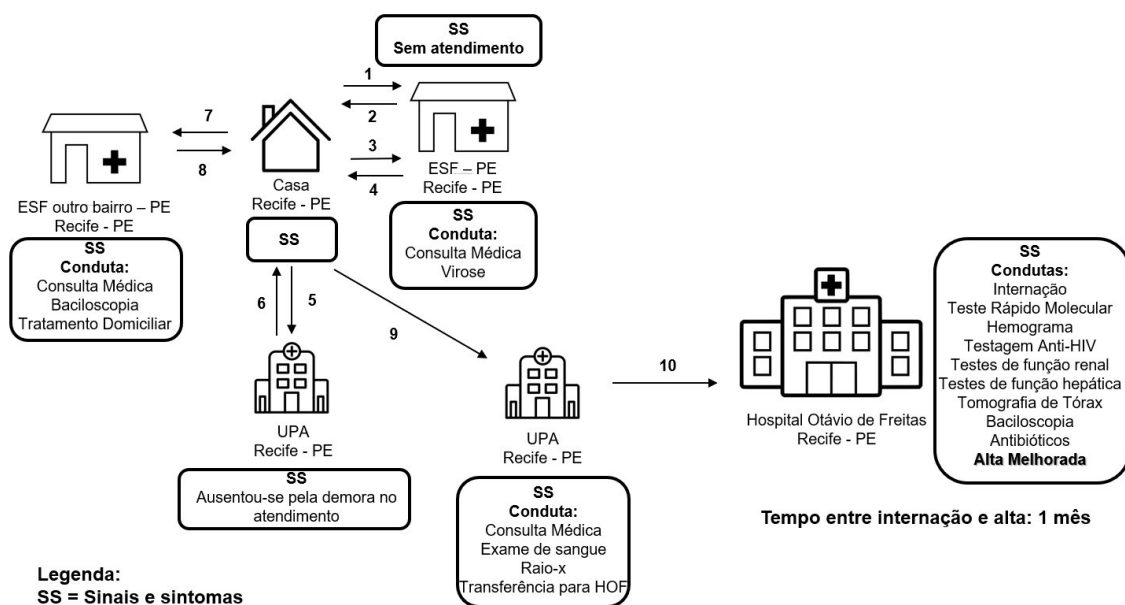


Figura 13 – Itinerário Terapêutico do Paciente K, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Meu filho, eu andei demais, pense! Eu fui pra postinho, fui pra UPA, fui pra postinho de outro bairro e nada” (K1). “Eu tinha febre, dor no corpo, tossia bastante e uma fraqueza que me deixava desanimada para fazer as coisas de

casa” (K2). “Fui até o postinho da família, mas quando cheguei lá não tinha mais gente para me atender e eu voltei no outro dia logo cedinho” (K5). “Passei pela consulta com o doutor e ele disse que podia ser uma virose, já que tava dando muito isso pelas bandas do meu bairro” (K6). “Só que eu fiz o que ele disse e nada melhorou, foi aí que eu fui pra UPA e quando chegou lá colocaram uma fitinha verde no meu braço e disseram que eu ia ser atendida, mas que ia demorar. Fui embora” (K8). “Voltei pra casa e continuei no líquido e no repouso” (K9). “Quando foi coisa de 1 semana eu fui no postinho (ESF) do bairro da minha irmã e lá perguntaram quanto tempo eu tava tossindo. Eu disse que fazia mais de mês. Eles passaram um exame que eu tinha que colocar catarro dentro de um potinho e me pediram para esperar” (K10). “Quando saiu o resultado, com uns 15 dias depois disseram que eu estava com tuberculose” (K11). “Só que aí eu já estava muito debilitada. Comecei a tomar mas medicações, mas um dia acordei tossindo sangue, foi aí que eu fui pra UPA de novo e me mandaram vir pra cá numa ambulância” (K12). “Fizeram exames de sangue e urina. Ainda tiraram um raio-x do meu peito e disseram que eu tinha que me internar. Aí me mandaram pra cá” (K13).

Itinerário Terapêutico do Paciente L

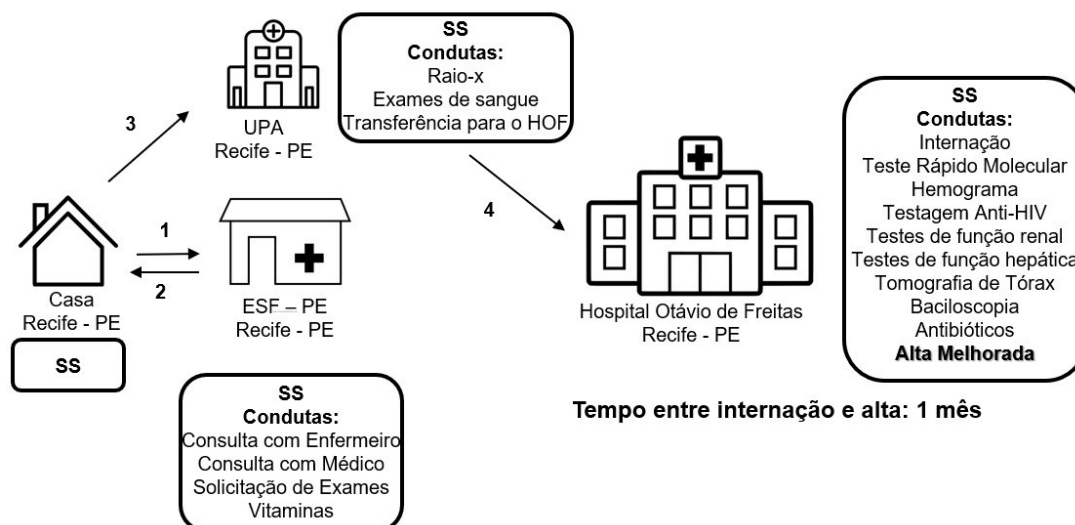


Figura 14 – Itinerário Terapêutico do Paciente L, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Aí eu fui esmorecendo, esmorecendo até que comecei a me sentir realmente fraco. Não tinha apetite, não queria comer nada e percebi que fui perdendo peso, eu me sentia quente toda tarde e estranhei tudo isso” (L4). “Aí quando eu vi que tava me acabando foi que eu procurei o postinho aqui do bairro” (L5). “Lá eu fui atendido pelo enfermeiro e depois pelo médico. Passaram uma exames de sangue, umas vitaminas e disseram para eu retornar quando tivesse com tudo em mãos” (L7). “Aí quando essa tosse começou eu fui logo na UPA, que eu achava que era uma pneumonia” (L9). “Na UPA fizeram uns exames de sangue e um raio-x do pulmão” (L10). “Aí o médico, que foi quem me atendeu, disse que eu ia ser encaminhado para cá (hospital) para ser acompanhado, isso eu já tinha perdido uns 5 a 6 kg” (L11). “Eu vim direto da UPA para cá. Aí quando eu cheguei aqui esperei ser atendido e quando me atenderam já disseram que eu ia ficar internado” (L12). “Ele disse que eu estava com uma possível tuberculose de pulmão e que já tinha um buraco lá, por isso achou melhor eu ficar internado” (L13). “Aqui fizeram exames de sangue, me fizeram escarrar num potinho, fizeram uma tal de tomografia, pense numa agonia entrar naquele negócio lá do exame. Aí disseram que eu ia ficar internado para me tratar” (L14).

Itinerário Terapêutico do Paciente M

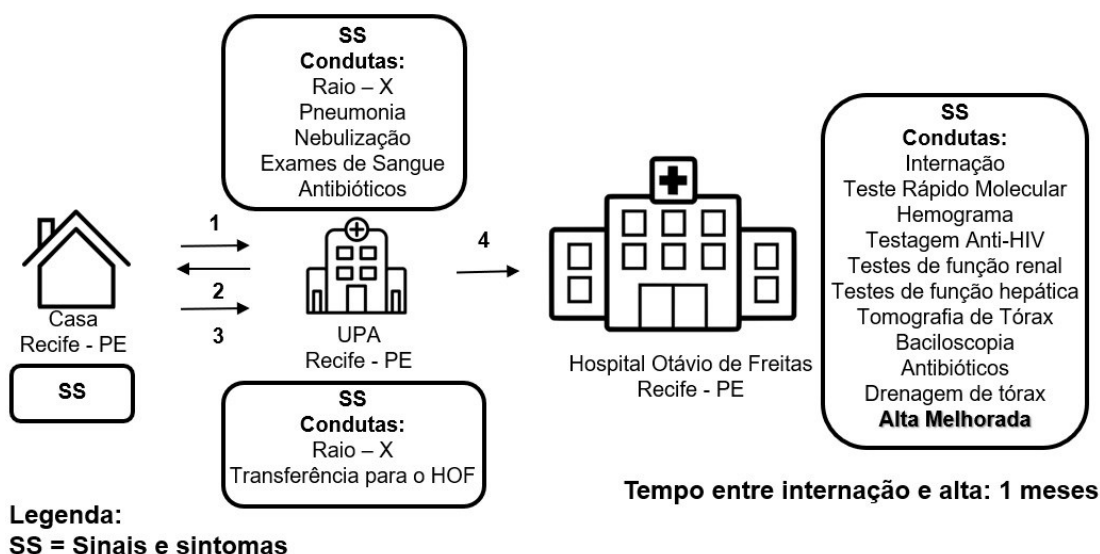


Figura 15 – Itinerário Terapêutico do Paciente M, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Eu comecei me sentindo cansada, com uma tosse que não parava e febre. Ao me sentir assim e vendo que estava piorando e não era uma gripezinha besta eu fui até a UPA levada pelos meus filhos. Lá fizeram exames de sangue e disseram que eu estava com pneumonia. O médico que me atendeu receitou antibiótico para tomar em casa e assim fiz. Uma semana depois eu já estava pior, procurei novamente a UPA e agora além dos exames de sangue fizeram raio-x que mostrou que já existia lesão nos meus pulmões. Aí o médico pediu para que eu fosse encaminhada para cá. Chegando aqui eu fui atendida na emergência e com o encaminhamento e o raio-x que veio já me internaram. Cheguei aqui na enfermaria, fui atendida por um médico e uma médica e uma enfermeira que me explicaram como ia ser o tratamento, quais remédios eu ia tomar e aí iniciaram uma bateria de exames, raio-x, sangue, escarro, tomografia e outros que não sei direito quais são. Aqui foi rápido pra ter tudo. É um hospital do SUS, mas que tem as coisas para fazer. Aqui eu vou ficar boa” (M28).

Itinerário Terapêutico do Paciente N

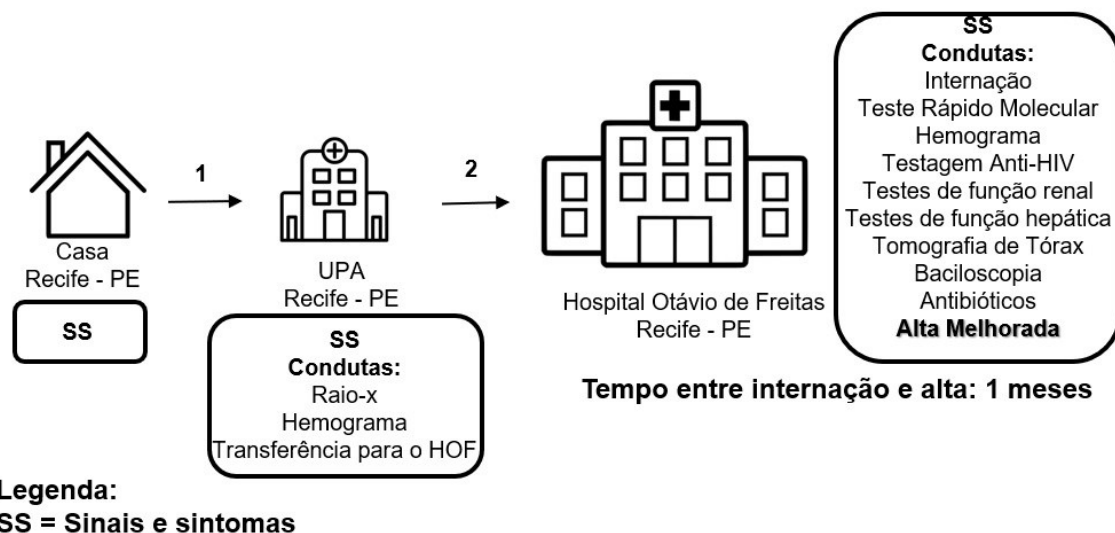


Figura 16 – Itinerário Terapêutico do Paciente N, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Aí eu comecei com um tempo a ter umas tosses que não passavam com nada” (N2). “Eu tomei um lambedor, mas nada melhorava” (N3). “Depois

eu comecei a perceber que meu corpo ia esquentando todo fim de tarde e começava a ficar com uma moleza no corpo” (N4). “Teve um dia que eu botei sangue pela boca quando tosse e procurei direto a UPA, já que o UBS do bairro não resolve nada” (N6). “Lá colheram meu sangue e fizeram um raio-x, somente. Hemograma parece, o nome” (N9). “O médico que me atendeu pediu um raio-x e disse que eu ia ter que me internar por que era tuberculose que já tinha afetado o pulmão. Foi aí que a ambulância me trouxe direto para cá e aqui eu fui atendido na sala vermelha e já me internaram” (N7).

Itinerário Terapêutico do Paciente O

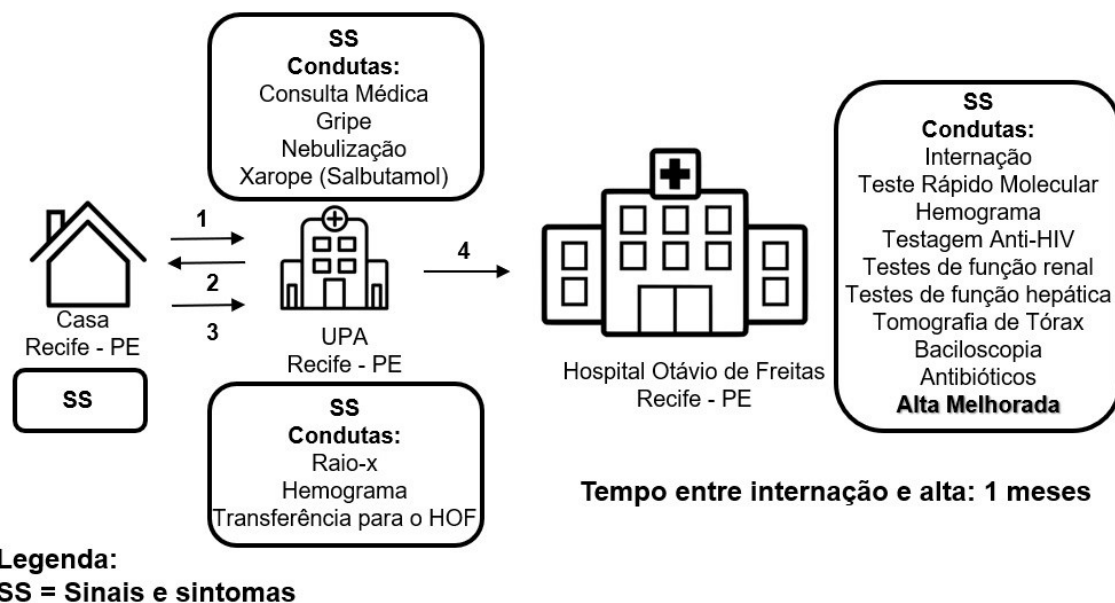
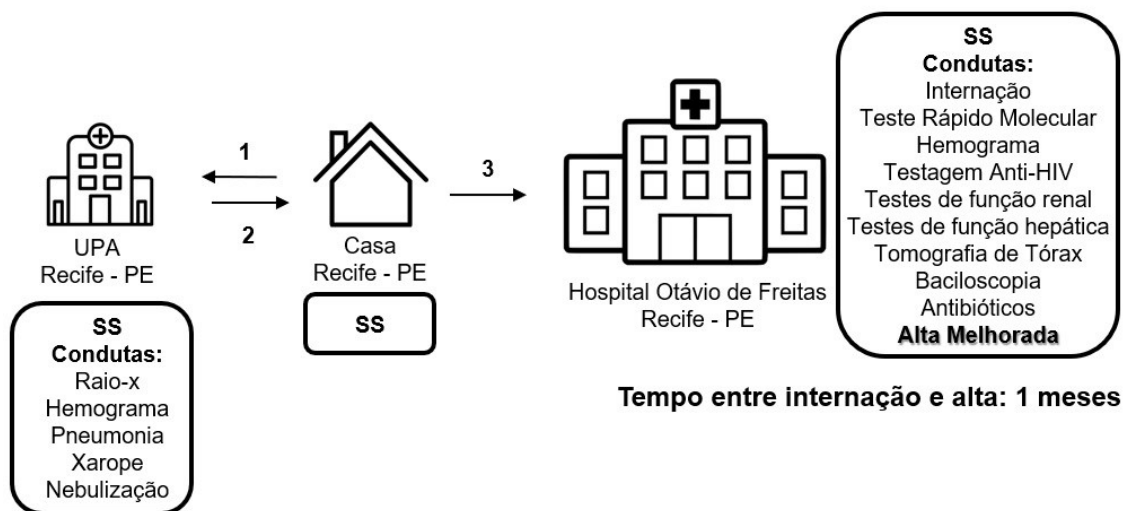


Figura 17 – Itinerário Terapêutico do Paciente O, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Meu filho eu comecei tossindo. Aí a tosse foi aumentando, começou a sair catarro e eu achei que era uma gripe” (O1). “Eu comecei a ter febre, perder peso, perder a fome e decidi tomar umas vitaminas por conta própria para melhorar a imunidade” (O2). “A tosse não passou e eu procurei a UPA” (O3). “Quando cheguei lá na UPA, o médico disse que era uma gripe e fez nebulização para respirar melhor e ele passou um Xarope (Salbutamol) para tomar duas vezes ao dia até melhorar” (O4). “Voltei para casa e se passaram duas semanas e a tosse não melhorou, foi aí que eu voltei para a UPA

novamente e dessa vez fizeram exames de sangue e raio-x” (O5). “Quando saiu o resultado o médico que me atendeu falou que eu estava com uma infecção pelo exame de sangue e que no raio-x tinha visto uma imagem feia que tomava quase um pulmão meu inteiro, foi aí que ele me disse que eu tinha tuberculose e que ia precisar ser internado para o tratamento para que eu não tivesse risco de piorar. Aí depois disso eu vim parar aqui” (O6). “Eu adoeci, aí tossia e passaram uns 2 meses nesse pigarro, com tosse, a tosse começou a botar um catarro para fora, eu comecei a sentir o que eu já lhe disse e fui para UPA. Lá disseram que era gripe e eu voltei para casa, o médico que me atendeu na UPA. Da primeira para a segunda vez na UPA passaram uns 15 dias e eu não melhorava, voltei na UPA e o médico que me atendeu disse que era a tuberculose, me mandou para cá. Aqui o povo já sabia e me atendeu sabendo que era tuberculose. O médico daqui e o enfermeiro do primeiro dia que me explicaram as coisas. Foi isso” (O29).

Itinerário Terapêutico do Paciente P



Legenda:

SS = Sinais e sintomas

Figura 18 – Itinerário Terapêutico do Paciente P, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Tudo começou com um pigarro na garganta que não passava e eu achava que era garganta inflamada mesmo, aí apareceu a tosse” (P1). “No começo era aquela tosse seca, chata, que irritava a garganta de tanto tossir e depois começou a sair catarro quando tossia” (P2). “Eu comecei a perder o interesse de fazer as coisas, eu me sentia cansada, mas não tinha feito nada e isso sempre piorava pelo finzinho da tarde” (P3). “Percebi que eu estava suando mais que o normal quando eu me deitava” (P4). “Quando eu acordei toda suada um dia eu resolvi ir na UPA que fica do lado da minha casa e lá disseram que era pneumonia, mas que não precisava ficar internada” (P5). “Passou um remédio para mim e me mandou para casa depois de eu ter feito a nebulização” (P7). “Voltei para casa e aí depois de uma semana sem melhorar vim direto aqui na emergência, eu moro aqui perto também, foi aí que me atenderam e fizeram um raio-x que também tinham feito lá na UPA e decidiram me internar por motivo de eu já ter os dois pulmões tomados pela doença” (P8). “De casa para UPA, voltei para casa e vim depois direto para cá” (P9). “Na UPA fizeram um hemograma completo, um raio-x e só” (P10). “Meu bairro não tem não PSF e se tem nunca ouvi falar, dizem que os agentes de saúde vão na sua casa quando tem no bairro, mas na minha casa nunca foi ninguém” (P12). “Aqui fizeram o do escarro, outro hemograma completo, uma tomografia e só, não sei se nos exames de sangue teve mais algum outro” (P13). “Eu comecei sentindo dor de garganta, aqueles pigarros, sabe? Aí comecei a tossir e me sentir com cansaço no corpo, sem coragem de fazer as coisas, quando eu amanheci toda suada da noite, isso já tinha uns um mês, eu fui na UPA para ver o que era, a doutora disse que era pneumonia. Quando eu não melhorei com o remédio, com uns 8 dias, decidi vir direto para cá para o hospital e estou aqui até hoje” (P26).

Itinerário Terapêutico do Paciente Q

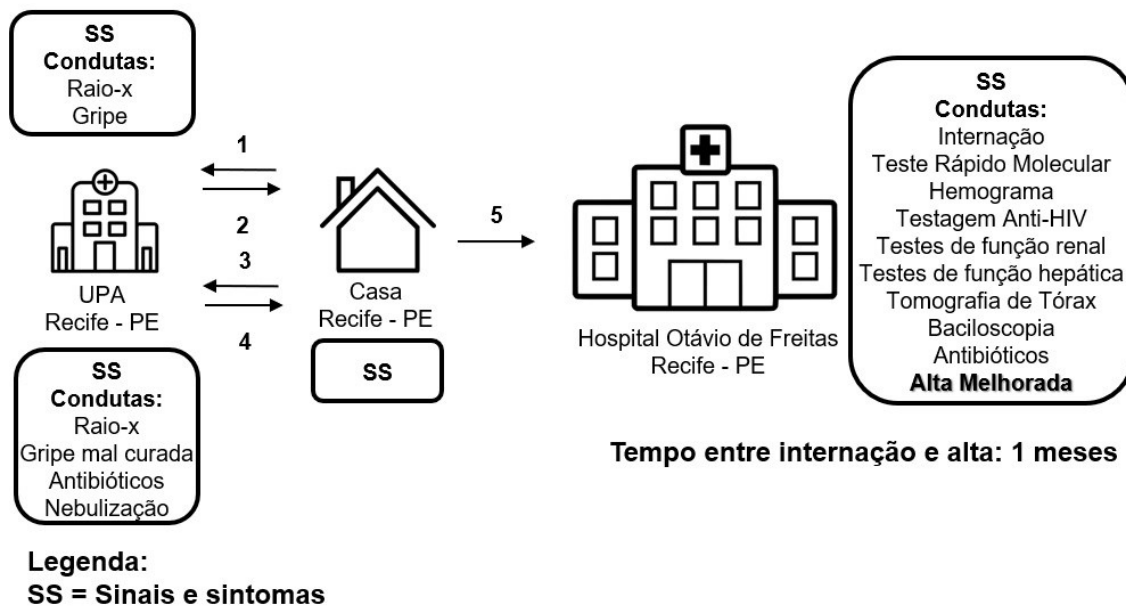


Figura 19 – Itinerário Terapêutico do Paciente Q, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Eu comecei a ter muita dor de cabeça e tosse, tive febre durante uns 3 dias e fui para a UPA, antes eu não sentia nada, sabe?” (Q1). “Aí chegando lá na UPA o médico que me atendeu pediu exames de sangue e um raio-x depois de ter escutado meu pulmão. Ele disse que o que eu tinha era gripe. Voltei para casa e repousei, fique de atestado uns 3 dias, a tosse piorou e a febre sempre vinha mesmo tomando remédio” (Q2). “Aí eu voltei na UPA de novo e mais uma vez a médica disse que era uma gripe mal curada, passou uma antibiótico e disse que eu repousasse” (Q3). “Lá na UPA eu ainda fiz nebulização” (Q4). “Voltei para casa e a tosse piorou com uns 5 dias. Foi aí que eu tossi e saiu sangue, achei que era por tanto tossir, mas era muito sangue. Depois disso eu vim direto para o hospital aqui, moro bem pertinho e deu para vir” (Q5). “Antes eu não tinha vindo que achava que na UPA curavam e era pouca coisa, com o sangue saindo foi que eu tive medo de ser muito grave, me assustei e vim correndo para cá. Aqui eu fiquei na sala vermelha 2 dias e me mandaram para enfermaria depois” (Q6). “UPA duas vezes e na terceira já vim para o hospital direto” (Q7). “Só na primeira vez que fizeram exame. Exame de sangue e raio-x” (Q8). “Na segunda, mal olharam para mim, imagine fazer exame” (Q9). “Da

primeira vez passou uns 5 dias de adoecer e ir na UPA, aí voltei para casa e passaram mais 3 dias, fui para casa de novo e aí depois de 5 dias eu piorei de vez e vim para o hospital” (Q10). “Sei que tem, mas não procurei para poder receber um tratamento melhor logo, lá só tem o básico e na UPA tem mais coisas que a gente pode fazer. Olhe só, fizeram raio-x, exame de sangue e tudo que não tinha como fazer no PSF” (Q11). “Aqui fizeram de tudo, exames de sangue, tomografia, exame de escarro e disseram que iam fazer teste rápido para a tuberculose” (Q12). “Eu comecei sentido dor de cabeça e moleza, como se fosse uma gripe forte mesmo, aí com uns 3 dias eu fui na UPA a primeira vez, né?! Lá disseram que era gripe e fui para casa, com um tempo depois, uns 4 dias eu voltei para a UPA e aí a médica disse que era a gripe mal curada, fiz nebulização e ela passou um novo remédio para mim. Foi aí que a febre não passava e eu fiquei preocupada, corri para o hospital quando tossi e saiu sangue e tô aqui. Foi isso” (Q26).

Itinerário Terapêutico do Paciente R

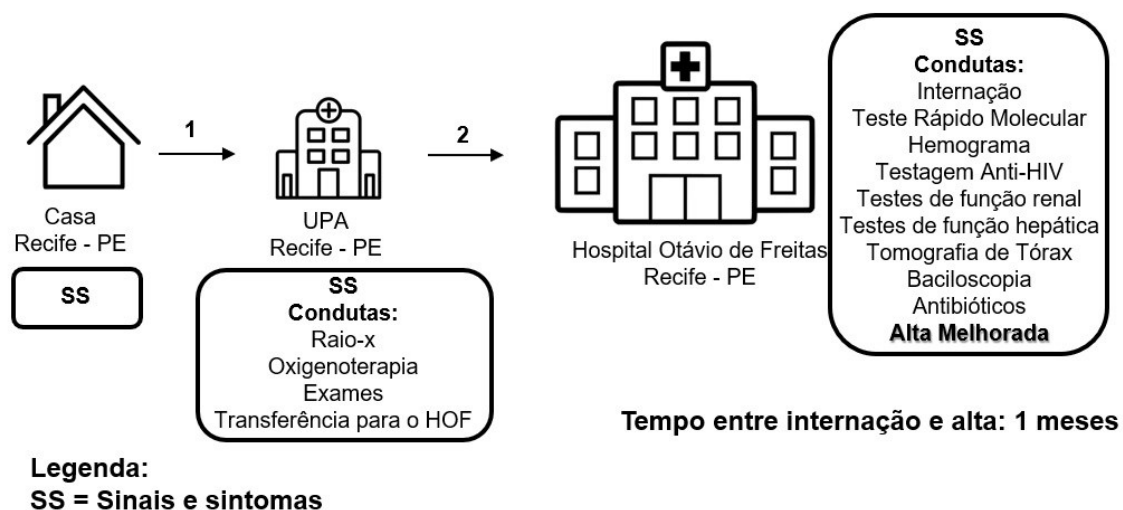


Figura 20 – Itinerário Terapêutico do Paciente R, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Eu comecei a sentir uma coisa ruim que foi piorando” (R1). “Eu sentia um engasgo na garganta, como se tivesse algo para descer. Depois de uns dias sentindo isso eu comecei a tossir, mas achei que era normal. Nem liguei”

(R2). “Os dias foram passando e eu fui vendo que tudo ia piorando, começou a febre de noite, eu perdi meu apetite, não tinha mais vontade de comer nada. Fui esmorecendo, esmorecendo, quando vi já quase nem tinha força para levantar da cama, era uma moleza, uma sensação de peso no corpo” (R3). “Foi aí que eu fui para a o pronto atendimento do meu bairro. Quando chegou lá me colocaram logo na sala vermelha, eu estava muito fraca e debilitada” (R4). “O médico me atendeu, pediu uns exames, eu já fiquei no oxigênio lá, pegaram veia, fizeram tudo. Aí fizeram um raio-x do peito e viram que tinha uma alteração” (R5). “Na mesma hora o doutor falou comigo e disse que ia pedir uma senha para que eu ficasse internada no hospital e disse que ia me mandar para cá que era onde tratava gente com tuberculose” (R6). “Passei não, foi só de casa para a UPA e da UPA para cá pro hospital” (R7). “Na UPA colheram sangue meu e fiz o raio-x. Não sei dizer os exames que fizeram não. Sei que deu que eu tinha tuberculose o doutor disse” (R8).

Itinerário Terapêutico do Paciente S

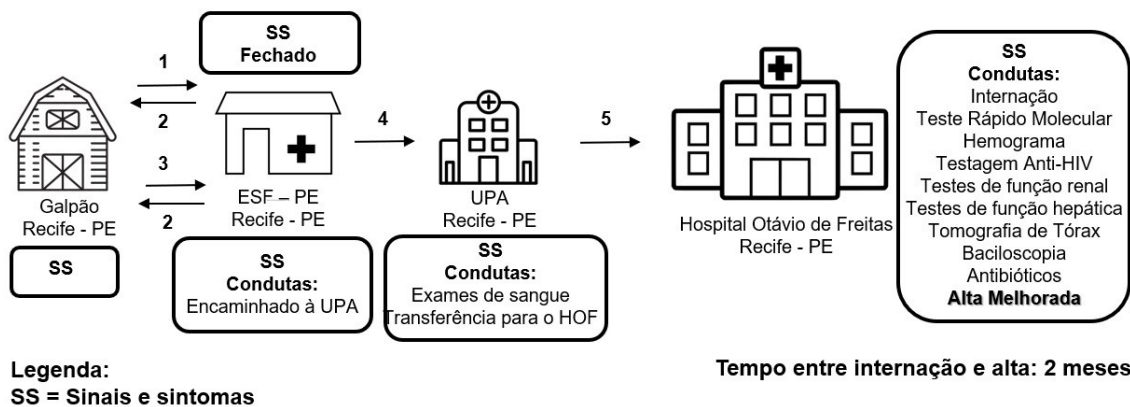


Figura 21 – Itinerário Terapêutico do Paciente S, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Aí eu comecei a tossir, a tossir, não parava, vez ou outra tinha aquele pigarro e voltava a ter vontade de tossir” (S3). A tosse foi aumentando, quando deu uns 15 dia de tosse eu fui escarrar e saiu aquela “prastada” de sangue no cuspe” (S4). “Aí eu me preocupei. Fui no postinho da comunidade e tava

fechado já, aí eu desci pro galpão de novo e no outro dia de manhã eu fui no posto md atendimento” (S5). “Chegando lá disseram que eu fosse logo para a UPA e que lá não tinha muito o que fazer não, como eu falei que tinha cuspidado sangue, disseram que precisava ser no hospital” (S6). “Nessa UPA eu esperei ainda umas 4 horas pra ser atendido” (S7). “Aí escarrei sangue lá, me deram só uma máscara pra eu colocar e eu fiquei esperando. Tinha muita gente precisando. Gente com todo tipo de doença, bala, osso quebrado, tudo” (S8). “Aí quando eu fui atendido a doutora já disse logo que ia me encaminhar pro lugar especializado em tratar essas coisas. Ela disse que tinha tudo para ser tuberculose, mas que o raio-x da UPA tava sem funcionar naquela hora e que ela ia mandar que eu já tava tossindo fazia tempo e com essa história de sangue ela decidiu me internar” (S9). “Pedi e a ambulância trouxe pra cá” (S10). “Aqui eu ainda passei uns 3 dias no corredor, mesmo com tosse e depois vim para a enfermaria aqui” (S11). “Aqui o médico achou também que eu tava com tuberculose” (S12). “Na UPA só de sangue mesmo. A médica disse que o raio-x de lá não estava funcionando” (S14). “Assim que eu cheguei fizeram o raio-x do pulmão, exame de escarro. Aí com o tempo fizeram mais exame de sangue, fizeram de fezes, de urina, de HIV, perguntaram se eu usava droga e eu disse que não, aí fiz uma que é tumorgrafia e é esses que eu sei” (S15). “Foi assim, eu comecei com uma tosse que não passava, aí a tosse foi aumentando, parava e voltava com pouco tempo depois, aí com uns 15 dias eu tossindo direto, eu coloquei sangue no catarro, aí eu fui procurar o PSF que atende o lugar que o galpão fica, aí estava fechado já que eu já fui no finzinho da tarde. Aí no outro dia de manhã cedo eu fui e disseram que eu devia procurar uma UPA, o caso já estava avançado demais e precisava de coisa que lá não tinha. Quando cheguei na UPA esperei quase a manhã inteira para ser atendido e quando fui atendido o raio-x estava quebrado, mas aí a doutora disse que ia me mandar para ser internado no hospital que tratava de tuberculose que eu tava tossindo sangue e que pela minha história parecia muito com a chance de ter tuberculose, aí eu vim aqui para o hospital” (S26).

Itinerário Terapêutico do Paciente T

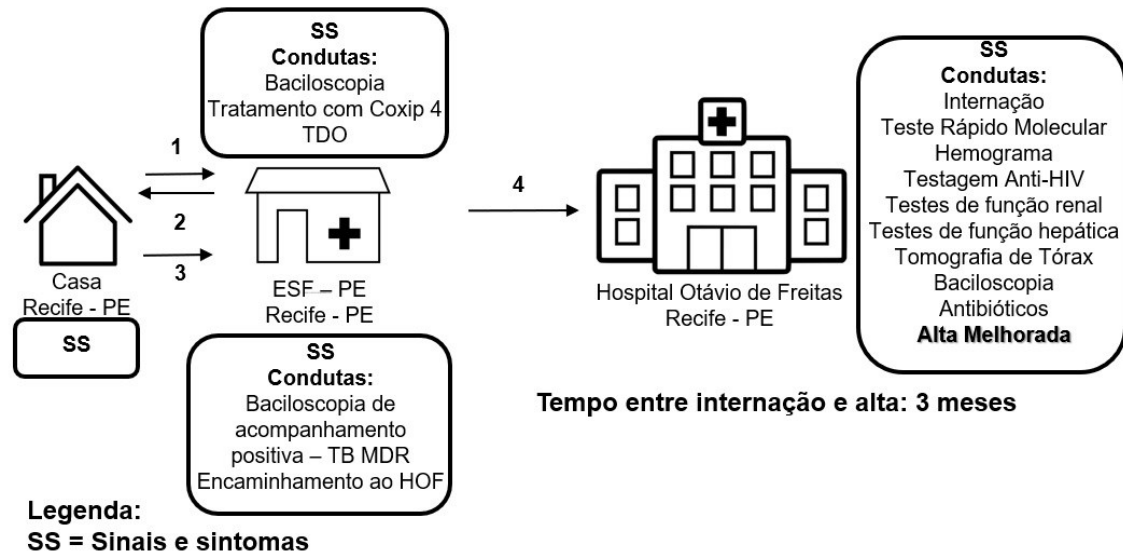
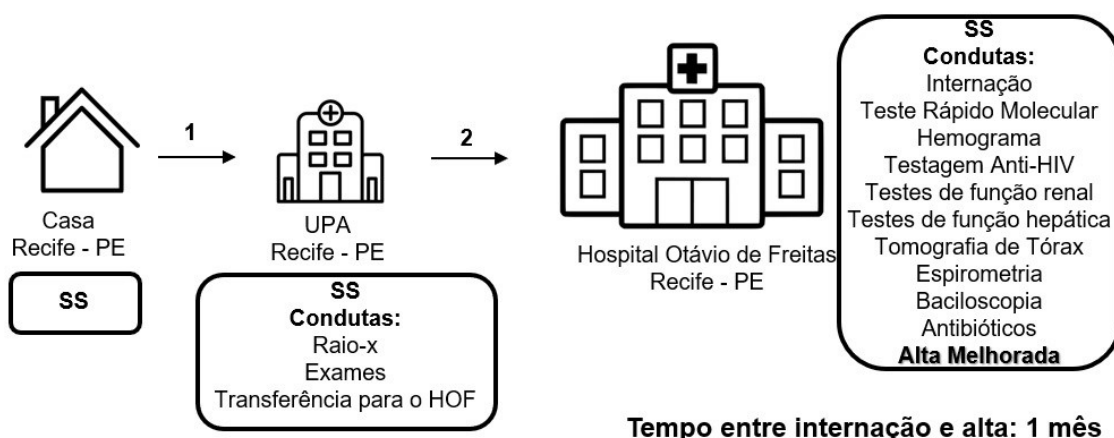


Figura 22 – Itinerário Terapêutico do Paciente T, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Eu inicialmente senti um desconforto no peito e comecei a tossir, aparecia como se fosse uma coceira na garganta e eu começava a tossir sem parar” (T1). “Depois de um tempo, acho que umas 3 semanas a tosse ainda existia, mas eu achava que era alguma coisa alérgica, já que eu tenho muita alergia e com a mudança no clima eu geralmente adoço” (T2). “A diferença é que eu percebi que eu vinha perdendo peso mesmo sem fazer dieta nem atividade física” (T3). “Não tive febre, não tive nada, só que depois de um tempo eu comecei a perder a vontade de fazer as coisas que eu já fazia, era uma indisposição que não tinha motivo para mim” (T4). “Depois que eu passei a ficar mais indisposto eu fui procurar ajuda no posto de saúde da família” (T5). “Quando cheguei lá agendaram para eu fazer o exame de escarro e já me deram a medicação, o comprimido que eu tinha que ficar tomando, isso o médico e a enfermeira do posto que me orientaram” (T6). “Quando saiu o resultado do exame eu estava com três cruzeiros para tuberculose, mas já estava me tratando” (T7). “O problema é que passaram seis meses e continuei ainda com o escarro positivo. Foi aí que me encaminharam para me tratar aqui, só que a doença avançou e eu passei a tossir com sangue e me internaram” (T8). “Exatamente, lá no posto já disseram que eu deveria tomar o Coxip 4 e seguir sendo acompanhado lá” (T9). “Aqui eles fizeram nova baciloscopia, fizeram

hemograma, exames para saber como estavam os meus rins e o fígado, fizeram tomográfica do tórax e do abdome, já que eu tinha uma dor abdominal que não sabia de onde vinha, fizeram sorologias para HIV, hepatites, fizeram o teste rápido para tuberculose e de sensibilidade da bactéria, foi aí que viram que era resistente à medicação que eu estava tomando” (11).

Itinerário Terapêutico do Paciente U



Legenda:

SS = Sinais e sintomas

Figura 23 – Itinerário Terapêutico do Paciente U, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Eu comecei tossindo, aí a tosse foi ficando mais forte e depois apareceu febre, perdi a vontade de comer, as pernas foram ficando fracas, até que eu perdi peso demais e não aguentava mais levantar da cama, eu já sou idoso e agora ficou pior” (U1). “Aí o pessoal de casa me levou na UPA e da UPA mandaram para cá, no caso o médico me examinou e disse que ia me transferir” (U2). “Eu adoeci e fui para a UPA e da UPA eu vim para o hospital transferido” (U3). “Lá coletaram meu sangue, bateram uma chapa do pulmão e aí o médico disse que era tuberculose e que ia me encaminhar para cá, já que eu tinha perdido muito peso e estava fraco” (U4). “Foi como eu disse ao senhor, eu adoeci, comecei tossindo demais, apareceu a febre e da febre eu fui perdendo as força, fui ficando fraco e esmorecido, perdendo peso, aí o povo viu

que eu estava mal e que eu tinha que ir para o médico, foi aí que me levaram na UPA e de lá já mandaram para o hospital aqui que eu estou. (U16).

Itinerário Terapêutico do Paciente V

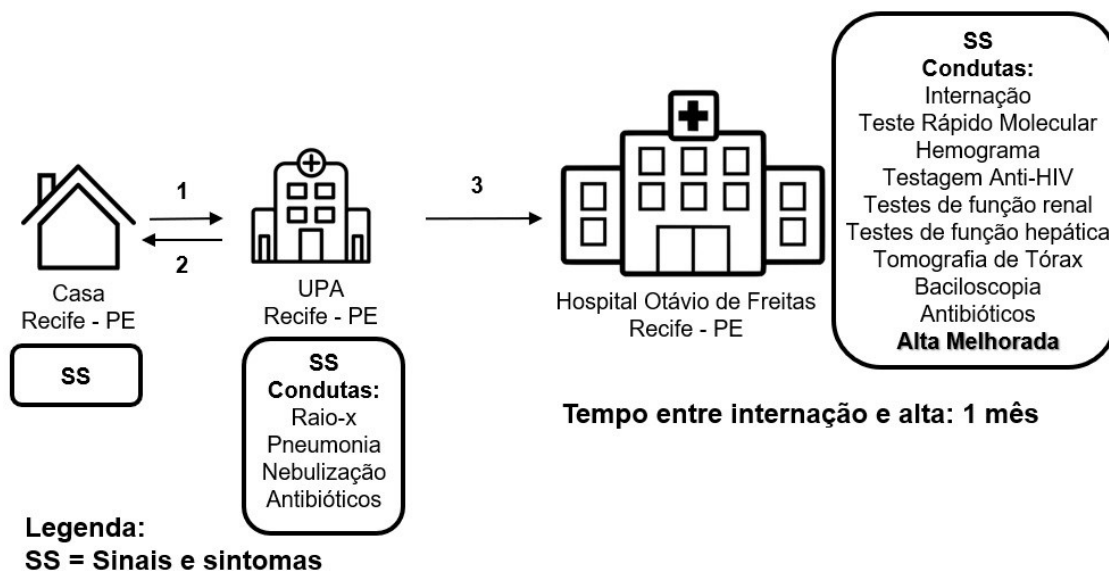
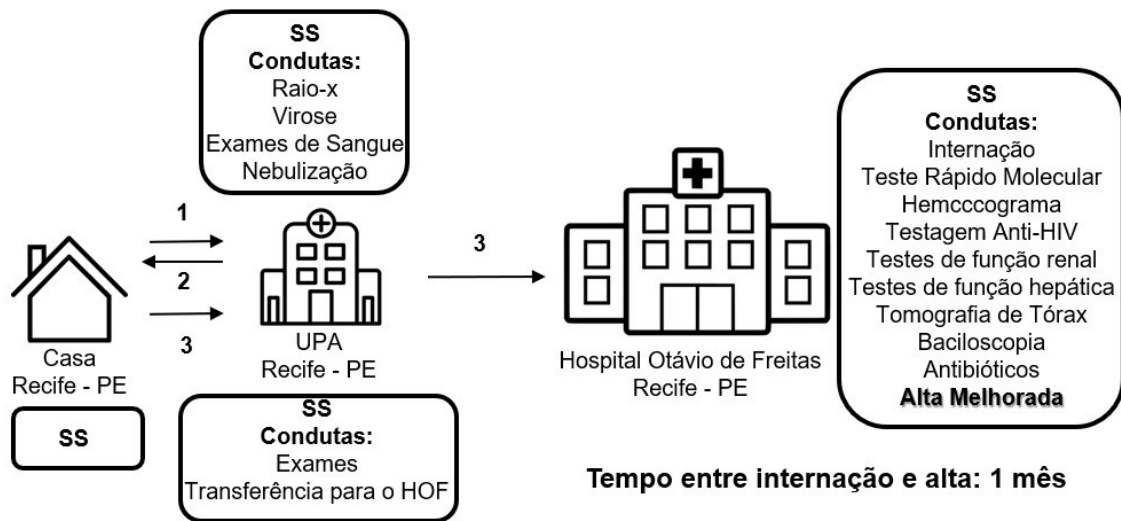


Figura 24 – Itinerário Terapêutico do Paciente V, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Eu comecei sentindo febre e tosse. Uma tosse que não passava” (V1.).
 “Passei umas três semanas tossindo e era seca, a febre dava quase todo dia de noite e eu decidi procurar a UPA” (V2). “Na UPA me examinaram e fizeram um raio-x e disseram que era pneumonia. Fiz nebulização e passaram antibiótico para casa” (V3). “Passou mais uma semana e a febre não cedia e a tosse começou a ficar com catarro verde e com sangue aí eu vim direito para cá, que eu moro aqui perto e não tem postinho pela região” (V5).

Itinerário Terapêutico do Paciente W



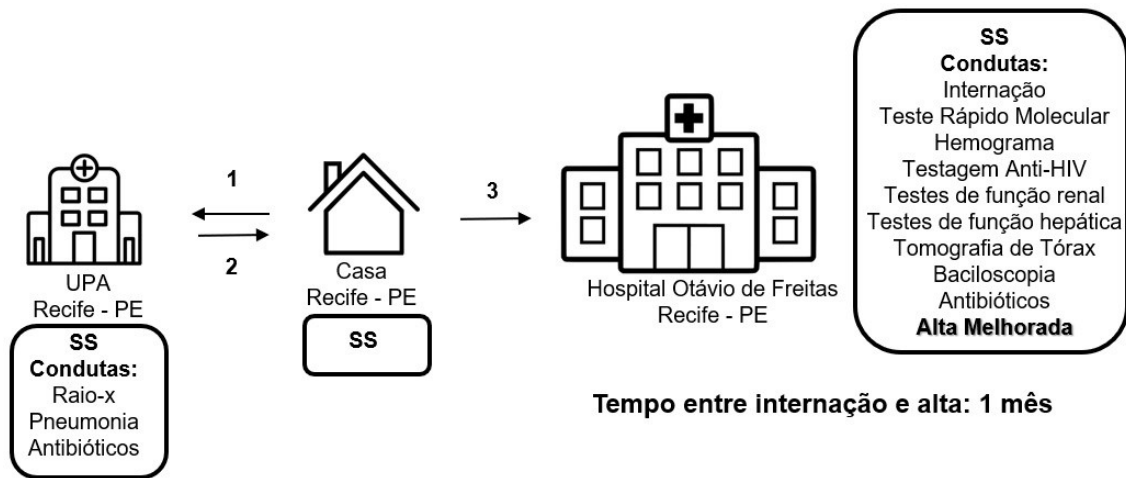
Legenda:

SS = Sinais e sintomas

Figura 25 – Itinerário Terapêutico do Paciente W, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“Senti doente quando eu comecei a esquentar o corpo, com febre” (W1). “Aí eu fui sentindo uma fraqueza e perdendo peso e comecei a tossir” (W2). “Era uma tosse seca que não parava” (W3). “Foi aí que eu decidi ir na UPA aqui perto de casa com uns 10 dias” (W4). “Lá disseram que era uma virose” (W5). “Fiz nebulização, exame de sangue, raio-x e botaram um soro e mandaram para casa dizendo que eu bebesse muita água” (W6). “Quando foi com uns 15 dias eu me senti pior e fui para a UPA de novo. Com tosse e febre alta” (W7). “O médico disse que pelos exames já tinha um problema no pulmão e que ia me mandar aqui para o Otávio” (W8). “Fizeram exame de sangue, tomografia, raio-x, teste de HIV e tudo. Tudo que podia fazer com sangue eles fizeram para saber minhas taxas se tava tudo normal” (W11). “Eu me senti com o corpo quente, febre. Comecei com uma fraqueza, perdendo peso e comecei com tosse. Fui na UPA e disseram que era virose, fiz nebulização tomei soro, exames e fui para casa. Quando passei um tempo em casa eu piorei muito e voltei na UPA, quando voltei fizeram exames de novo e eu já vim para cá e fiquei internado” (W22).

Itinerário Terapêutico do Paciente X



Legenda:

SS = Sinais e sintomas

Figura 26 – Itinerário Terapêutico do Paciente X, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020

“No começo eu tive tosse que não parava e depois foi piorando. Tossia toda hora” (X1). “Os dias foram passando e a tosse já botava catarro para fora e começou a febre” (X2). Procurei a UPA direto já que pensei que era uma gripe forte ou até uma pneumonia” (X3). “O médico que me atendeu disse que era pneumonia e passou antibiótico para mim” (X4). “Lá fizeram exame de sangue e raio-x” (X5). “Aí voltei para casa e passei a tomar os remédios que receitaram, mas nada da tosse passar, parece que piorou que aí eu vi que tava era perdendo peso” (X7). “Decidi vir direto para cá. Aqui é hospital e já resolve logo” (X8). “O PSF é longe e tem uma dificuldade grande para marcar as consultas, a gente quase não consegue ficha lá e tem dia que nem médico tem. Por isso fui direto para a UPA e depois para cá” (X9). “O médico da emergência me examinou, fez raio-x e disse que pela história e pelo raio-x o que eu tinha era tuberculose e não uma pneumonia” (X10). “Fui internado e vim parar aqui” (X11). “Eu senti uma tosse chata que não parava, a tosse foi aumentando e eu fui botando catarro para fora. Aí eu decidi ir na UPA. Quando chegou lá fizeram exame de sangue e raio-x e o médico que me examinou disse que eu tinha pneumonia e passou remédio para tomar em casa. Cheguei em casa tomei o remédio todo durante os dias que ele disse que era para tomar e parece que eu

só fiz piorar, comecei a perder peso e vim direto para cá e aqui decidiram me internar” (X25).

Itinerário Terapêutico do Paciente Y

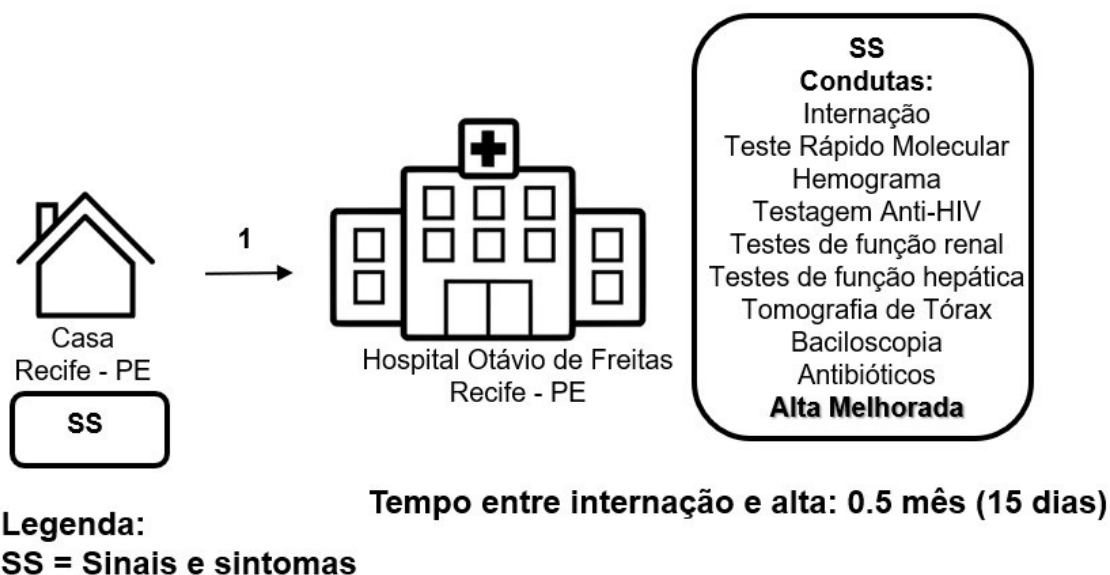


Figura 27 – Itinerário Terapêutico do Paciente Y, Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

“Primeiro apareceu a tosse” (Y1). “Eu não achei que fosse nada diferente, achei que era alergia, o tempo seco” (Y2). “Aí depois da tosse começou a parecer uma febre todo final de tarde para começo da noite” (Y3). “Comecei a tomar um lambedor de casca de abacaxi para botar a gripe para fora” (Y4). “Passou uns 10 dias e a tosse não parou e a febre também não aí eu decidi vir direto aqui no hospital” (Y5). “Vim direto por morar aqui vizinho e aqui atende todo mundo” (Y6). “Pensei que já faria os exames todos necessários para poder dizer o que eu tinha aí eu pegue e vim” (Y7). “Aqui o médico me examinou e fez raio-x e exames de sangue e disse que o que eu tinha era tuberculose” (Y8). “Ele disse que o raio-x mostrou para ele e minha história também, além de um teste rápido que eles fazem que já diz se a pessoa tem ou não a doença” (Y9). “Foi como eu disse, senti a tosse, pensei que não fosse nada e deixei para lá. Passou um tempo e comecei a ter febre e

comecei a tomar lambedor para ver se melhorava. Depois de uns 10 dias tomando o lambedor e nada de melhorar decidi vir direto no hospital. Aqui me examinaram e disseram que eu estava com tuberculose e me internaram” (Y17).

A partir da leitura dos IT dos pacientes é possível perceber que há pontos críticos relacionados aos elementos de vulnerabilidade em suas três dimensões e que estes podem impactar diretamente na trajetória em busca de cuidados. Dentre as condições de vulnerabilidade em sua dimensão individual destacam-se a dificuldade de atender à solução das queixas clínicas devido ao adoecimento, o que explica a demora na busca por cuidados. Em se tratando da dimensão social, destacou-se o desconhecimento sobre a doença. Por fim, do ponto de vista programático, destaca-se o despreparo profissional para o reconhecimento da sintomatologia da tuberculose.

Sendo assim, enfatiza-se que o itinerário dos pacientes foi diretamente impactado por suas vulnerabilidades, tornando o trajeto moroso e desgastante até o acesso ao diagnóstico e tratamento.

b) Acesso ao diagnóstico

Por ser tratar de uma doença que, que na maioria dos casos, atinge os pulmões, com manifestações respiratórias, o diagnóstico diferencial da tuberculose envolve doenças pulmonares de evolução subaguda ou crônica como bronquite crônica, particularmente em fumantes e asmáticos, doenças fúngicas com comprometimento pulmonar, como a paracoccidiodomicose em sua apresentação no adulto, a histoplasmose e a pneumocistose nos pacientes portadores de HIV/Aids, pacientes com doenças crônicas que podem apresentar comprometimento pulmonar como a sarcoidose e a artrite reumatoide, pneumoconioses e neoplasias pulmonares, dentre outras. Mais raramente, por apresentarem, em geral, evolução aguda, podem ser citadas a pneumonia bacteriana, a pneumonia viral (por exemplo, influenza e, atualmente, a COVID19) e outras causas infecciosas de pneumonia. Nessa perspectiva, alguns pacientes relataram ter seu diagnóstico confirmado como “gripe” (Q2; Q3; O25): *“Quando cheguei lá na UPA, o médico disse que era*

uma gripe e fiz nebulização para respirar melhor e ele passou um Xarope (Salbutamol) para tomar duas vezes ao dia até melhorar” (O4).

Quando confundida com outra doença, a pneumonia foi apresentada como diagnóstico ao paciente (M5; P05; X4): “Na UPA me examinaram e fizeram um raio-x e disseram que era pneumonia. Fiz nebulização e passaram antibiótico para casa” (V3). Em sua forma extrapulmonar, a tuberculose pode apresentar uma grande variabilidade de sintomas, dificultando o diagnóstico e aumentando o tempo entre o início de sintomas e a definição do quadro, em alguns casos pode ocorrer até mesmo a hipótese diagnóstica de câncer: “Eu senti a dor, fui pro hospital. Chegou no hospital pensaram que era linfoma. Aí vim pro hospital do Câncer e agora eu tô aqui. Aí eu passei nuns quatro, cinco hospitais” (A6).

Outra particularidade do acesso ao diagnóstico refere-se ao tempo decorrido entre a autopercepção (por parte do paciente) do adoecimento e a busca pelos serviços de saúde. Um dos pacientes chegou a passar cerca de dois anos com sintomas como dor até procurar algum serviço: “Tempo, faz uns dois ano que eu sinto essas dor” (H15). Ainda nessa linha, alguns pacientes buscaram auxílio após meses (C4; I11; N10; R10).

A automedicação também foi citada nas falas dos entrevistados, o que atrasou o diagnóstico (N3; Y4): “Quando a tosse veio, eu comecei a tomar “lambedor” pra botar pra fora o catarro que sabia que tinha no peito” (J3); “...pra ver se as pessoa me ajudavam assim com remédio caseiro, mas não serviu de nada” (C2).

A maioria dos pacientes teve como primeiro serviço procurado a Unidade de Pronto Atendimento – UPA (F7; I15; J9; K8; L9; M4; O3; P5; Q2; R2; U3; V2). Esta busca, por vezes, esteve relacionada à gravidade da sintomatologia percebida pelos pacientes: “Procurei a UPA direto já que pensei que era uma gripe forte ou até uma pneumonia” (X3). Uma das justificativas para a busca já por um nível secundário de atenção à saúde se deu pela distância e dificuldade em marcar consultas na atenção primária: “O PSF é longe e tem uma dificuldade grande para marcar as consultas, a gente quase não consegue ficha lá e tem dia que nem médico tem. Por isso, fui direto para a UPA e depois para cá” (X9). A demora em ter procurado os serviços de saúde

foi citada como fator agravante do quadro: *“Eu ter demorado a procurar a UPA prejudicou demais meus pulmões, mas em termos de serviço mesmo, eu não tive dificuldade não”* (N25); *“Disseram que esse diagnóstico tinha como ser rápido, mas demorou, né?”* (K24).

Outro paciente relatou a dificuldade em conseguir agendar consultas: *“Eu não sei nem o que é isso. O PSF não funciona não. Nunca consegui uma consulta lá, meus menino que às vezes são atendidos, mas eu nunca consegui. Sempre tem uma fila grande demais para as consulta com o médico”* (R10).

Mesmo com a dificuldade relatada, um paciente associou a busca à ESF e a rapidez com que o tratamento foi iniciado como fator contribuinte para um bom prognóstico: *“Com certeza, a velocidade que começaram a me tratar assim que eu cheguei lá na ESF, o acompanhamento que recebi ao longo desse tempo foi muito importante”* (T20).

c) Apoio durante a trajetória terapêutica

A identificação dos atores sociais que interferem ou podem interferir nos itinerários terapêuticos dos pacientes emergiu dos discursos a partir do apoio recebido [ou não] durante sua trajetória em busca de tratamento. A ajuda referida pode estar no âmbito familiar, comunitário, organizacional e governamental.

A maior parte dos pacientes entrevistados referiu ter recebido apoio durante seu percurso em busca de diagnóstico e tratamento por parte de familiares.

Os(as) filhos(as) figuraram entre os principais atores sociais nos discursos dos entrevistados (I1; K23; L16; O23; Q23; U13) *“Eu tive apoio dos meus filhos. Eles que me ajudaram em tudo. Levaram na UPA nas duas vezes, vieram aqui no hospital comigo e sempre estão do meu lado. Eles que apoiam em tudo”* (M23); *“Ah, meus filhos ajudaram demais, sempre preocupados comigo, moro sozinho, minha esposa é falecida, aí eles sempre estão presentes, quando decidi ir na UPA já tava em 5 minutos um na porta de casa me esperando para me levar”* (O28); *“Eu não tinha disposição para nada, quem resolveu tudo foram meus filhos, sou viúvo e moro sozinho, aí tinha uma*

menina minha que tava morando comigo e foi ela que organizou com os irmãos, eles decidiram tudo” (U7).

Mães também foram citadas como apoiadoras no processo de adoecimento (D2; F7): *“Quem me deu apoio mesmo foi minha mãe, só minha mãe” (A3).*

Os cônjuges também participaram ativamente no itinerário terapêutico do paciente (V7; W19): *“Apoio mesmo só da minha esposa. Foi ela que me trouxe, ela que me trouxe na junta médica” (D14); “Minha esposa é quem mais me ajuda, eu tive que me afastar do meu emprego e ela quem segurou as pontas...” (T18).*

Outros familiares como irmãos, sobrinhos também estiveram presentes nas falas de alguns pacientes (C5; H3; K10; T18).

Entretanto, um dos pacientes, mesmo tendo apoio familiar, decidiu por seguir sozinho no início de seu itinerário: *“Me soltei, num deixei as droga, continuei, continuei. Passei uns tempo também durmino pela rua, passei uns tempo durmino pela rua. Apesar de que eu tinha o apoio da minha família, mas eu num tava quereno” (B11).* Porém, após certo tempo, foi em busca de auxílio familiar para a continuação de sua trajetória: *“Primeiramente eu fiquei só. Aí depois eu pedi minha alta, me recolhi e disse: - Tem que procurar minha família que sozinho eu não vou conseguir. Aí procurei minha família, me apoiaram que nem tá apoiando que nem hoje e eu tô aqui nesse internamento” (B19).*

Houve relato em que a família negou apoio quando procurada por parte de um dos entrevistados, fato justificado pelo seu histórico com o uso de drogas: *“A família, a família me deu um pouco as costa faz um bom tempo já por causa das droga, por causa da bebida” (G24).* Entretanto, tal paciente não deixou de ter ajuda, citando um voluntário da igreja: *“Quem vem me apoiando até hoje é um rapaz da Igreja Católica, ele me deu um ventilador, ele me deu um celular, ele é quem traz roupa pra mim, traz as coisas que eu preciso, ele que vem me dando esse apoio” (G25).*

Uma das entrevistadas procurou, inicialmente, um profissional de saúde numa farmácia: *“Procurei assim, farmácia, né? Pra ver se as pessoa me ajudavam assim com remédio caseiro, mas não serviu de nada” (C2),* logo após, buscou auxílio familiar: *“Foi quando eu tava só piorando, aí eu vim pra*

casa da minha cunhada e de lá meu sobrinho trouxe no Cabo, nessa UPA...” (C13).

A comunidade, na figura de vizinhos, também foram atores participantes do itinerário de alguns pacientes (L17; R20): *“Meus vizinhos se preocupavam comigo porque eu morava sozinho e já sou um senhor de idade.”* (J31).

Por outro lado, alguns pacientes referiram que não tiveram nenhum apoio em seu itinerário (N24; Y10): *“Procurei ninguém não, nesse dia eu mermo vim, quando eu vi o seguinte raio-x eu tive que procurar o especialista, né? Que era quem podia me resolver o problema”* (E13).

Diante do exposto percebe-se que o apoio ofertado, em grande parte dos depoimentos, esteve alicerçado na esfera familiar, mães e filhos figuraram como principais atores sociais de apoio aos entrevistados durante sua busca por cuidados à saúde.

d) Percepções sobre os serviços de saúde

A percepção dos pacientes acerca dos serviços de saúde foi diversa, apresentando-se desde a satisfação total à descrença sobre a resolutividade de alguns serviços.

Alguns entrevistados referiram que, durante seu itinerário, em alguns serviços procurados nada foi feito para resolver ou até mesmo aliviar os sinais e sintomas (A9; F4; H6): *“Nenhum passava exame, num passava nada. Só dizia que era virose e que eu ia ficar bem e pronto”* (F6). Em um dos casos, o entrevistado recorreu à assistência privada para realizar exames, na busca de esclarecimento do diagnóstico: *“Aí eu senti as dor. Cheguei lá fui pro hospital de lá, aí ninguém resolvia, pensaram até que era HIV. Aí eu fiquei preocupado e fui embora pra casa. Cheguei em casa. Eu fiz os exame, particular. Aí de lá eu fui transferido até aqui. Aqui eu fiz um monte dos exame, mas não resolveu nada até agora”* (A12).

Em alguns serviços, os pacientes referiram que receberam tratamento apenas com medicações sintomáticas, sem esclarecimento diagnóstico (I33):

“Lá não fizeram nada não, só deram remédio pra dor, mas a dor não passava com nada e eu vomitando e me mandaram pra cá” (H5).

Um dos relatos mais frequentes relacionados ao descontentamento em relação aos serviços de saúde procurados antes da internação foi acerca do erro diagnóstico, sendo este uma das maiores dificuldades citadas nos discursos dos entrevistados, principalmente nos serviços de Atenção Básica e nas Unidades de Pronto Atendimento (F4; F6; I18; J35; K25; O25; Q24; V14; W17; X19): *“Considero como dificuldade terem errado o diagnóstico, né? Pneumonia para tuberculose muda muita coisa. Mas que bom que da segunda vez, por eu estar mais grave conseguiram acertar” (M25).* Ainda atribuindo o erro diagnóstico à piora do quadro: *“Fizeram eu perder tempo e eu piorei” (M26).* E, em outra fala, com maior clareza: *“Passei pelo postinho e erraram tudo. Lá que deveria ser o lugar de acertar no final das contas nem pensaram que pudesse ser essa doença” (J34).*

Ainda acerca do erro diagnóstico, um dos entrevistados atribuiu à possível inexperiência do profissional que o atendeu: *“A médica que me atendeu era bem novinha, uma menina, acho que por isso que ela não soube o que eu tinha” (P6).* Além disso questionou-se o preparo profissional em relação à sua capacidade para apresentar o diagnóstico correto: *“Dificuldade foi só a demora mesmo de ir num canto e noutro. Devia ser logo de primeira, vocês estudam tanto, né? A gente acredita que vão acertar, mas aí depende de muita coisa, de exame, de fila, de tudo” (L18).*

Além do erro diagnóstico, a falta de insumos ou equipamentos, e o tempo da consulta considerado curto, o tempo de espera para o atendimento, também foram citados como dificuldades encontradas nas Unidades de Pronto Atendimento (J14; J15): *“A consulta dura 5 minutos e eu ainda fiquei esperando pelo menos uma tarde pra ser atendido” (J16); “...e teve também eu ficar mais de 4 horas tossindo e esperando na UPA, o raio-x quebrado também dificulta, né?” (S24).* No entanto, a UPA foi apontada por sua agilidade no processo de auxílio à transferência e por sua resolubilidade: *“De facilidade foi a agilidade do povo da UPA em me mandar logo para cá, não gastei com nada, tudo eles que providenciaram” (W18).*

Através das falas dos entrevistados é possível inferir que a satisfação pelo atendimento e pela resolubilidade dos serviços atrelam-se à possibilidade de realização de exames, como meio para o diagnóstico correto e célere (B35; J21; J22): *“Aqui fizeram exames. Raio-x, exame de sangue, foi feito os exames tudo. Colheu catarro. Pronto, foi feito todos esses daí. Sangue, coração, todos os exames feitos”* (I7); *“Tudo quanto foi exame fizeram comigo, meu filho. Sangue, urina, o do copinho de novo (escarro), raio-x e ainda me colocaram numa tal de tomografia pra saber as condições do meu pulmão que o médico disse que tava ruim demais”* (K15).

Um dos entrevistados apontou que a doença só poderia ser tratada em locais de maior complexidade, desacreditando no atendimento realizado pelo consultório de rua: *“Foi pelo consultório de rua, mas eu achava que ele não ia me ajudar, imaginava que a tuberculose só poderia ter um tratamento numa clínica, num hospital e, daí, eu fui tendo essas febre, foi que um dia eles parou na minha frente, eu deitado, dormindo de manhã cedo no centro da cidade, ali na Aurora (umas das principais ruas do centro da cidade de Recife), aí eles parou e perguntou se eu queria uma ajuda, aí eu decidi receber essa ajuda deles”* (G32).

Em se tratando de atendimento nas Unidades dotadas da Estratégia Saúde da Família ou em Unidades Básicas de Saúde tradicionais, a fala dos entrevistados denota descrédito à resolutividade dos serviços (L9; N6; O9; O11; R11; X9): *“Eu não fui nem lá no PSF, porque a gente não consegue consulta, quando consegue, demora, sempre falta alguma coisa, aí eu decidi logo procurar o lugar que resolve”* (N11); *“A gente tem que procurar um lugar que dê para fazer exames e ficar internado se precisar, eu estava muito doente”* (O10). Mesmo com o conhecimento acerca da existência do serviço, ainda assim a busca de assistência com maior poder resolutivo se mantinha como prioritária: *“Sei que tem, mas não procurei para poder receber um tratamento melhor logo, lá só tem o básico e na UPA tem mais coisas que a gente pode fazer. Olhe só, fizeram raio-x, exame de sangue e tudo que não tinha como fazer no PSF”* (Q11). Entretanto, um dos pacientes atribuiu a sua possibilidade de cura à celeridade diagnóstica e de tratamento realizados por equipe da ESF em UBS: *“Não, com relação ao diagnóstico foi tranquilo, rápido.*

O problema é só o fato de ser MDR, isso sim vem complicando minha vida” (T19); “... com certeza, a velocidade que começaram a me tratar assim que eu cheguei lá na ESF, o acompanhamento que recebi ao longo desse tempo foi muito importante” (T20).

Por outro lado, outro paciente disse não conhecer a existência do serviço: “Meu bairro não tem não PSF e se tem nunca ouvi falar, dizem que os agentes de saúde vão na sua casa quando tem no bairro, mas na minha casa nunca foi ninguém” (P12). Também se mencionou que o serviço citado não se encontrava aberto (K5): “Dificuldade foi só mesmo ter ido e o posto estar fechado, mas foi meio tarde já, eles não têm culpa não, era o horário deles... (S24). Da mesma forma, apontou-se que quando o paciente, já com quadro avançado, procurou a unidade de saúde da ESF, foi direcionado a buscar outro serviço sem nenhum tipo de auxílio: “Chegando lá disseram que eu fosse logo para a UPA e que lá não tinha muito o que fazer não, como eu falei que tinha cuspidado sangue, disseram que precisava ser no hospital” (S6).

Em oposição ao descrédito atribuído à Atenção Primária, os entrevistados apontaram, em seus depoimentos, a satisfação com o grau de resolutividade do hospital de referência (E12; E26; X8): “Aí cheguei aqui, fui diagnosticado, Graças a Deus. Tem umas dozinha, mas antes, quanto cheguei logo aqui. Mas depois que fui medicado parou” (D27); “... mas o resto não teve dificuldade não, depois que cheguei aqui foi rápido” (V14). Entretanto, mesmo sendo o hospital um local tido como resolutivo e de boa qualidade, verificou-se desinformação acerca do tratamento e da evolução do quadro (I31): “Eu também não sei por quanto tempo vou tomar esses comprimidos nem quanto tempo vou ficar aqui” (I32); “Ninguém me disse nada” (I33). Nessa mesma linha, a falta de leitos foi mencionada por dois entrevistados: “Eu cheguei pra ser internado, mas foi igual como eu falei... Eu fiquei em duas sala ali e em uma sala que era muito ruim e antes de eu entrá pra dentro do hospital, eu fiquei dormino lá fora dois dia, um dia e meio” (A22); “...Eles fizeram o procedimento certo e me botaram no corredor na observaçãozinha...” (E12).

Por outro lado, algumas falas apontam a gratuidade dos serviços como característica importante: “Graças a Deus a gente tem o SUS, se não tivesse, eu não sei como ia fazer. O atendimento demora, mas a gente não paga, isso é

bom, tudo de graça. A gente pobre tem chance de vencer as doenças” (P25); “A facilidade que eu acho é o SUS ser de graça. Se tivesse que pagar por isso aqui, eu não tinha condições não.” (X20).

Em contrapartida, alguns entrevistados mencionaram a existência de problemas no SUS: *“De onde se tem facilidade no SUS? Tive facilidade não, meu filho.” (L26); “Nada é fácil no SUS. Tem fila, tem gente morrendo com diagnóstico errado, falta remédio, falta profissional” (M27). “A saúde está um descaso” (J17).*

A partir da análise desta categoria temática, foi possível identificar alguns elementos constantes dos discursos dos participantes que podem evidenciar aspectos referentes às dimensões da vulnerabilidade em suas dimensões individual, social e programática e que incidem no Itinerário Terapêutico dos entrevistados, conforme Quadro a seguir.

Quadro 5 – Elementos de Vulnerabilidade que emergiram dos discursos dos entrevistados

| Vulnerabilidade Individual | Vulnerabilidade Social | Vulnerabilidade Programática |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Baixa autopercepção do adoecimento | Baixa autopercepção do adoecimento | - |
| Não valorização dos sintomas iniciais | - | - |
| Desconhecimento sobre a doença | Desconhecimento sobre a doença | Desconhecimento sobre a doença |
| Demora na busca por cuidados | Demora na busca por cuidados | - |
| Prática de automedicação | - | - |
| Busca por cuidados não profissionais | Busca por cuidados não profissionais | - |

Continuação Quadro 5 – Elementos de Vulnerabilidade que emergiram dos discursos dos entrevistados

| Vulnerabilidade Individual | Vulnerabilidade Social | Vulnerabilidade Programática |
|--|--|--|
| Desconhecimento sobre a possibilidade de diagnóstico e tratamento na Atenção Básica. | Desconhecimento sobre a possibilidade de diagnóstico e tratamento na Atenção Básica. | Desconhecimento sobre a possibilidade de diagnóstico e tratamento na Atenção Básica. |
| Busca por cuidados em Unidades de Pronto Atendimento | Busca por cuidados em Unidades de Pronto Atendimento | Busca por cuidados em Unidades de Pronto Atendimento |
| Dificuldade de deslocamento | Dificuldade de deslocamento | Dificuldade de deslocamento |
| Dificuldade de acesso por distância geográfica | Dificuldade de acesso por distância geográfica | Dificuldade de acesso por distância geográfica |
| Abandono familiar | Abandono familiar | - |
| Abandono do tratamento | - | Abandono do tratamento |
| Tabagismo | Tabagismo | - |
| Uso de drogas | Uso de drogas | - |
| Dificuldade de entendimento acerca do tratamento | - | Dificuldade de entendimento acerca do tratamento |
| - | - | Dificuldade para o agendamento de consultas |
| - | - | Demora para ser atendido |
| - | - | Erro Diagnóstico |
| - | - | Demora para o diagnóstico definitivo |

Conclusão Quadro 5 – Elementos de Vulnerabilidade que emergiram dos discursos dos entrevistados

| Vulnerabilidade Individual | Vulnerabilidade Social | Vulnerabilidade Programática |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| - | - | Ausência de explicações detalhadas sobre quadro clínico e tratamento |
| - | - | Falta de insumos para diagnóstico e tratamento |
| - | - | Despreparo profissional para o diagnóstico de tuberculose. |
| - | - | Falta de leitos de internação |
| - | - | Horário de atendimento da UBS não atende as necessidades do paciente |

FONTE: Hospital Otávio de Freitas, Recife – PE, 2019-2020.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica dos pacientes com tuberculose permite destacar situações comumente observadas em outros estudos, sendo que muitas delas comprovam variados graus de vulnerabilidade desta população.

A predominância masculina é corroborada por outros estudos realizados no âmbito nacional e internacional^{6, 7, 38-9}. O mesmo ocorre em relação à faixa etária predominante, observando-se que a maioria dos pacientes pertence à população economicamente ativa^{7,38-9}. Além disso, a maioria dos pacientes autodeclarou-se pardo, resultado que está em acordo a outro estudo epidemiológico de pacientes com tuberculose em uma microrregião da Bahia³⁸. Tal fato também pode ser explicado pela desigualdade social, observada no Brasil, principalmente no que se refere à raça negra, que tem limitadas as oportunidades de acesso aos serviços de saúde e a outras esferas que correspondem à dignidade na vida.

Em relação ao estado civil, a maioria dos entrevistados referiu ser casado(a), achado também encontrado em estudo realizado em um centro de referência no Espírito Santo³⁹. Em estudo realizado acerca da adesão terapêutica, Gonçalves e colaboradores concluíram que os homens que compartilham a vivência com esposas são aqueles que aderem com maior regularidade ao tratamento da doença⁴⁰.

A baixa escolaridade, condição presente na maioria dos indivíduos entrevistados nos estudos sobre tuberculose^{6-8,38} é característica importante e merece destaque, tendo em vista que evidencia um potencial elemento de vulnerabilidade nas esferas individual e social. Alicerçando-se no conceito de vulnerabilidade, apresentado por Ayres²⁷⁻⁸, é necessário destacar que a dimensão individual, nesse contexto, toma como ponto de partida a compreensão do indivíduo sobre determinado tema, além da qualidade da informação, seu modo de elaborá-la e de incorporá-la em seu cotidiano.

Partindo-se dessa premissa, o grau de formação do indivíduo agrega-se potencialmente à sua busca por informação e entendimento enquanto sujeito

ativo do processo de adoecimento, assim como pela busca pelo cuidado de saúde. A baixa escolaridade também compromete o acesso ao trabalho em condições adequadas.

A TB tem uma forte correlação com as iniquidades sociais. A forma como a sociedade se organiza no processo de produção determina as condições de reprodução social, quais sejam, as condições de vida (na manutenção de provisão para os dependentes familiares, na alimentação, transporte, vestuário, lazer, na participação social), com reflexos no processo saúde-doença⁴¹.

O desemprego e os baixos salários ampliam os contextos de vulnerabilidade. É importante mais uma vez destacar que o adoecimento está atrelado às condições sociais e estas decorrem da forma como se organiza o processo de produção. O modo de produção capitalista tem, em sua essência, a produção de desigualdades⁴², as quais incidem no processo de adoecimento.

A precariedade no trabalho, a informalidade, a crescente retirada de proteção social, a baixa qualificação para o trabalho, além de sua ausência, e o tipo de ocupação também compõem contextos de vulnerabilidade que podem aumentar a exposição ao adoecimento. Bertolozzi et al.⁴¹ apontam que os modos de vida e trabalho decorrem da forma como a sociedade se organiza para produzir e estes repercutem nas chances de adoecimento e morte.

Nessa mesma linha, a reduzida renda familiar, decorrente da necessidade de afastamento do trabalho, ou pelo desemprego e a baixa qualificação para o trabalho potencializam os contextos de vulnerabilidade.

A baixa renda causa impacto nas condições de vida, com reflexos nas possibilidades de moradia apropriada, comprometendo a qualidade da habitação, e não raro reduzindo o espaço de compartilhamento da moradia. Também fruto das desigualdades, é crescente o número de pessoas que são obrigadas a viver em situação de rua, evidentemente com impacto na possibilidade de adoecimento por tuberculose, como mostra um estudo acerca do itinerário terapêutico de pacientes em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro⁴³. Também exemplo de tal situação é o que ocorre com os privados de liberdade⁴⁴.

No que diz respeito às condições específicas da doença, a TB pode acometer uma grande variedade de órgãos/sistemas. No entanto, a forma pulmonar da doença é a mais frequente e, do ponto de vista da saúde pública configura-se como a de maior relevância, tendo em vista que é responsável pela manutenção da cadeia de transmissão em sua forma bacilífera⁴.

Em sua forma pulmonar, a doença pode se apresentar como: primária, pós-primária, também chamada de secundária e a tuberculose miliar. A sintomatologia clássica inclui: tosse persistente (seca ou produtiva), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, que podem ocorrer em qualquer uma das três apresentações da forma em questão⁴.

Os sinais e sintomas apresentados no adoecimento variam de acordo com os órgãos ou sistemas acometidos, criando assim uma variabilidade de manifestações clínicas, podendo a dor ser um dos sintomas apresentados nas formas extrapulmonares da doença, por exemplo.

Os casos novos de tuberculose são definidos como aqueles em que os pacientes nunca fizeram uso de medicamento antituberculose ou aqueles que o utilizaram por um período de tempo menor que 30 dias⁴.

Tais casos, em se tratando de estudos epidemiológicos, sempre são importantes, pois são utilizados para cálculos de incidência da doença para o estabelecimento de estratégias de enfrentamento, além de possibilitar mecanismos de busca ativa de casos, controle de comunicantes, de modo a amenizar ou mesmo interromper a cadeia de transmissão, principalmente nos casos bacilíferos.

Por se tratar, em sua forma bacilífera (aquela em que há detecção de bacilos no exame de escarro), como responsável pela manutenção na cadeia de transmissão da doença, o diagnóstico precoce das formas pulmonares com essa característica de Tuberculose é essencial para o controle da disseminação do bacilo na comunidade. Estratégias para esse objetivo envolvem a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, caracterizados como aqueles indivíduos que possuem tosse por mais de três semanas e duas semanas para populações com maior vulnerabilidade⁴.

Por se tratar de um método diagnóstico relativamente simples com excelente custo benefício, a baciloscopia deve ser realizada em todos os

laboratórios públicos de saúde e pelos privados, desde que tecnicamente habilitados. Este exame é capaz de detectar até 80% dos casos de tuberculose pulmonar na população adulta, sendo de suma importância para identificar os pacientes bacilíferos, que podem chegar a contaminar cerca de 10 a 15 pessoas da comunidade, daí a sua característica de manutenção da cadeia de transmissão^{4,7}.

Na amostra do presente estudo, a grande maioria realizou a baciloscopia após a internação, sendo excluídos apenas aqueles com formas extrapulmonares. Em se tratando de acompanhamento, todos os internados realizaram uma segunda baciloscopia, independentemente do resultado da primeira e também realizaram o raio-x de tórax. Destaca-se que os pacientes bacilíferos são aqueles com maior chance de possuírem cavitações no parênquima pulmonar, o que está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde⁴.

Já o Teste de Sensibilidade, está entre as ações consideradas pilares na Estratégia de Controle da Tuberculose. Os métodos disponíveis, como os automatizados, que utilizam meios de cultura líquidos, fornecem os resultados em 5 a 13 dias, testando sensibilidade aos fármacos: estreptomicina, isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida⁴. Tais testes são de suma importância, pois orientam a terapêutica, evitando a utilização de algum fármaco ao qual o bacilo é resistente. O mesmo ocorre no caso do Teste Rápido Molecular – TMR – TB que se utiliza da técnica de detecção de DNA dos bacilos e realiza a triagem de resistência, utilizando métodos de PCR em tempo real.

Além dos exames supracitados, é mandatória a investigação da coinfeção TB/HIV. No estudo em questão, esta orientação foi seguida conforme as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Além disso, o rastreamento de nefrotoxicidade e hepatotoxicidade também foi executado nos pacientes com o intuito de se identificar possíveis intoxicações ou complicações sistêmicas advindas do tratamento.

Mesmo com a realização de exames específicos, a demora diagnóstica, com tempo médio encontrado de cerca de 50 dias, depois da procura pelo serviço, evidencia um importante elemento de vulnerabilidade programática,

tendo em vista que quanto mais célere a obtenção do diagnóstico, maiores as chances de sucesso terapêutico. Em um estudo de revisão sistemática, com 52 artigos, observou-se que, nos países com alta renda, o tempo médio para o diagnóstico foi de 21,5 dias⁴⁵. Deste modo, é importante que exista a implementação de políticas relacionadas à otimização do tempo para o diagnóstico, de modo a amenizar a demora hoje existente na realidade do município estudado.

No tocante ao tratamento, as formas pulmonares foram conduzidas conforme recomendações do Ministério da Saúde (MS)⁴, mas um ponto importante a se destacar e que pode evidenciar potencial elemento da dimensão programática da vulnerabilidade, refere-se à qualificação dos profissionais da linha de frente na assistência aos doentes, pois se verificou que, quando do resultado de resistência à Rifampicina, o esquema aplicado diferiu daquele prescrito como padrão, que seria, para casos novos sem uso de Rifampicina ou uso por menos de 30 dias, conforme Brasil⁴: “*a utilização de 2 meses de tratamento com Capreomicina (5 vezes na semana), Isoniazida, Levofloxacino e Pirazinamida seguidos de 10 meses de Isoniazida, Lefofloxacino, Etambutol e Pirazinamida*”. No caso de um participante do estudo, que apresentou intoxicação por Etambutol, esse medicamento foi substituído por Estreptomicina, quando, para esquemas de sensibilidade, o correto seria a introdução de uma Fluoroquinolona como, por exemplo, o Levofloxacino⁴.

Já em relação às outras condições relativas ao processo saúde-doença, verificou-se a presença do tabagismo em parte dos pacientes, o que também foi encontrado no estudo de Roveda e col.³⁹ realizado em um Hospital Universitário do Espírito Santo. O tabagismo, de acordo com o MS, é um fator de risco para a tuberculose⁴. Tal prática configura-se como um elemento de vulnerabilidade individual e social, tendo em vista que, por vezes, o uso do cigarro se dá nas interações entre indivíduos de uma mesma comunidade como forma de alívio das tensões, por dependência ou por questões culturais⁴⁶. O paciente tabagista, por vezes, tem tosse também associada ao fumo e pode ter seu diagnóstico de tuberculose postergado, por considerar a tosse relacionada ao cigarro, agravando o quadro de tuberculose.

Entre os entrevistados, alguns referiram a diabetes como comorbidade prévia e até mesmo descoberta durante a internação em vigência. A presença da diabetes configura-se como um fator de pior prognóstico aos pacientes com tuberculose, aumentando as chances de quadros infecciosos de maior gravidade⁴⁷. É importante que exista uma boa articulação entre as ações governamentais envolvendo o PNCT e o HiperDia, programa responsável pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento de diabéticos, de modo a melhorar o controle de tais doenças, além de fortalecer a longitudinalidade de cuidados ofertados nas Redes de Atenção à Saúde no SUS, contribuindo para a reafirmação da integralidade como princípio do sistema de saúde.

Um dos fatores que também aumentam a suscetibilidade ao adoecimento por tuberculose é o uso de drogas e de álcool. A utilização de drogas ilícitas, fato encontrado na fala de alguns dos entrevistados, devido às suas condições de uso, pode contribuir para a disseminação da doença, configurando elemento de vulnerabilidade, tanto na esfera individual quanto social, pois o indivíduo, por vezes, utiliza-se de tais drogas pelo incentivo de grupos de convívio coletivo e pela busca na drogradição por alívio das situações advindas de duras vidas⁴⁶⁻⁸.

Quanto ao motivo da internação dos pacientes, destaca-se que ocorreu devido à presença de hemoptise, sinal que evidencia possibilidade de lesão vascular intrapulmonar e indica potencial risco de morte.

Para aprofundar o entendimento acerca da realidade dos pacientes realizou-se a abordagem qualitativa, que permitiu colocar em evidência aspectos relacionados à vulnerabilidade e que podem ter implicado na busca por cuidados à saúde, mediando, portanto, o seu itinerário terapêutico.

É importante destacar que o processo de adoecimento não se dá de forma isolada e em uma visão puramente biomédica. O adoecer ou se perceber doente perpassa pela individualidade de cada sujeito, bem como decorre de sua cultura e relações sociais, o que também irá mediar o processo relativo à sua trajetória na busca por cuidados.

Baseando-se na literatura socioantropológica, Arthur Kleinman⁴⁹ propõe o estudo do IT alicerçado no Sistema de Cuidados à Saúde, formado por subsistemas que se dividem em: familiar, popular e profissional, sendo estes

utilizados pelas pessoas a partir da sua experiência com a sintomatologia. Ao fazer menção sobre o processo aflitivo que envolve o paciente no adoecimento, o autor propõe “modelos explicativos, que incluem a esfera sociocultural e a interação individual, para a construção de sua trajetória em busca da cura.

Para Kleinman⁴⁹, o subsistema familiar abrange o conhecimento popular e engloba o indivíduo, seus parentes, vizinhos e suas redes de interação social. Nesse subsistema estão inseridas práticas como mudança de atitudes quanto à alimentação, uso de medicações domésticas, apoio afetivo e a religiosidade. O subsistema popular é composto pelos ditos “curandeiros” ou profissionais de cura sem registro formal ou sem reconhecimento legal que, em suas terapêuticas, por vezes, utilizam de recursos naturais e rituais para a cura. Já o subsistema profissional é aquele onde estão as redes de atenção à saúde e os profissionais formais e reconhecidos legalmente.

Deste modo, percebe-se que os pacientes do presente estudo, quando da busca por auxílio, lançaram mão do subsistema profissional como porta de entrada na teia da confecção de seus itinerários, procurando diretamente o sistema formal de tratamento, com predomínio da busca pelas Unidades de Pronto Atendimento como primeiro serviço de saúde acessado, com o intuito de esclarecimento diagnóstico e tratamento adequado, o que vai de encontro ao preconizado pelo Ministério da Saúde, onde a Estratégia Saúde da Família configura-se como a porta de entrada nas Redes de Atenção à Saúde.

Mas, mesmo buscando o subsistema profissional, do depoimento dos entrevistados pode-se extrair que existiu demora na busca por cuidados à saúde, evidenciando elementos de vulnerabilidade individual e social, já que postergação nesta busca pode impactar diretamente no prognóstico do paciente. Esse achado é semelhante ao de estudo que objetivou estimar o tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas e o tratamento em pacientes com tuberculose num município de alta incidência, Nova Iguaçu – RJ⁵⁰.

Ainda segundo Kleinman, para que ocorra a busca pela resolução da condição aflitiva, deve existir, por parte do sujeito, aceitação de que há algum processo que o incomoda, que limita suas funções cotidianas, e que o desperte para a procura de cuidados à saúde⁴⁹. Além disso, é fundamental salientar que

esta busca também está atrelada às condições de vida do indivíduo, pois a depender do seu grupo social de pertencimento, terá maior facilidade ou dificuldade no acesso ao sistema de saúde, com repercussões no processo de adoecimento e na configuração de seu IT²⁶.

A busca pelas UPAs pode se configurar como um elemento de vulnerabilidade em suas três dimensões, tendo em vista que o desconhecimento por parte do indivíduo ou sua rede social de interação, acerca da possibilidade de entrada no sistema de saúde, através da Estratégia Saúde da Família, pode refletir uma subutilização da Atenção Primária e uma maior demanda aos serviços de pronto atendimento, com decorrências para a capacidade destes últimos. Este resultado também evidencia a fragilidade do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, em relação à divulgação de informações acerca dos fluxos a serem seguidos pelos pacientes, o que pode contribuir para uma maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e ao tratamento corretos.

A Atenção Básica, considerada a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde, que tem como objetivo atender às demandas advindas da população. Ela também atua como articuladora no tocante à comunicação entre os componentes das Redes de Atenção à Saúde pautando-se nos princípios de acessibilidade, continuidade, construção de vínculos e integralidade, considerando, para isto, as características de sua população adscrita.

As Unidades Básicas de Saúde devem ser instaladas considerando a proximidade das residências de sua população, de modo a facilitar o acesso e diminuir as distâncias entre os serviços de saúde e a população, seja em sua esfera puramente geográfica, seja no estabelecimento de vínculos de cuidado, visando também a promoção da saúde,⁵¹.

Através de mecanismos de referência e contrarreferência, a AB dinamiza a busca por cuidados de modo a ofertar, de maneira integral, serviços de saúde os quais não sejam passíveis de resolução neste nível de atenção.

Em se tratando da ESF, este modelo assistencial busca atrelar a prática do cuidado individual associando-o a uma abordagem populacional com o intuito de fortalecer as vigilâncias em saúde, execução de programas e

organização de atendimento centrado no indivíduo, firmando-se no acolhimento e humanização e fortalecendo os princípios do SUS, como integralidade, equidade e universalidade⁵¹. A ESF trabalha com a territorialização, com o reconhecimento das necessidades de sua população adscrita e na busca ativa de informações que assegurem um arcabouço para o acompanhamento e identificação de potenciais situações de vulnerabilidade, possibilitando a criação de estratégias de promoção da saúde e prevenção dos agravos. Diferentemente das Unidades Básicas tradicionais, a ESF vai ao território em busca ativa de informações.

No que tange ao diagnóstico da TB, por ser uma causa sensível à Atenção Básica, deveria ocorrer substantivamente junto às unidades da ESF⁴. Entretanto, no presente estudo, a maioria dos pacientes teve seu diagnóstico realizado em Hospital Público, o que pode refletir o desconhecimento por parte da população acerca da possibilidade de diagnóstico e tratamento em nível primário, mas que também decorre da crença dos indivíduos acerca da limitada resolubilidade ofertada, que os leva a buscar outros níveis de atenção, como as UPAs e Urgências Hospitalares para sanar seu processo afilivo. Outro ponto a se destacar e que foi evidenciado em uma das entrevistas diz respeito ao limitado horário de funcionamento das UBSs, tendo em vista que na maioria dos casos os pacientes tem extensa jornada de trabalho diária, limitando o acesso ⁵².

Por outro lado, mas ainda no que se refere aos elementos da dimensão programática da Vulnerabilidade, é importante salientar que o afastamento do trabalho advindo da internação pode prejudicar diretamente a renda familiar dos pacientes e de suas famílias, com reflexos até mesmo em relação ao deslocamento até os serviços de saúde. Nesse caso, os pacientes internados são elegíveis para a inclusão no Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico) e em outros programas sociais⁴. Entretanto, todos os participantes deste estudo referiram não receber nenhum tipo de incentivo governamental na manutenção da renda familiar, evidenciando uma forte vulnerabilidade no que diz respeito aos auxílios que constituem direito do paciente com tuberculose. Destaca-se que essa foi a realidade encontrada em

todos os participantes, que necessitaram afastar-se de suas atividades laborais.

6.1 Processo Saúde-Doença e o Itinerário Terapêutico: representações dos pacientes

Aqui serão discutidos os aspectos mais relevantes que emergiram dos depoimentos dos entrevistados, e que deram origem às categorias e subcategorias de análise. É importante destacar que não há separação ou distinção entre elas, tendo em vista que as interações do sujeito com a coletividade, evidenciando seu lugar social e as decorrentes condições de vida e de trabalho incidem no processo saúde-doença e acabam por influenciar, de igual modo, o itinerário terapêutico⁵³. A sua separação aqui fez-se necessária, apenas com fins didáticos.

6.1.1 Categoria I – Processo Saúde-Doença

Acerca da sintomatologia inicial, os entrevistados citaram, em suas falas, o que já é conhecido acerca dos principais sinais e sintomas do adoecimento por tuberculose, como a tosse, febre, sudorese, perda de peso, fadiga e dor. Alguns pacientes referiram apenas desconforto na região da garganta como sintoma inicial do adoecimento, tendo piora progressiva com o passar dos dias.

Em estudo realizado acerca do conhecimento e percepção sobre a TB onde foram entrevistadas famílias de pacientes, os sinais e sintomas mais comumente percebidos também estiveram dentro do espectro sindrômico encontrado nos entrevistados do presente estudo⁵⁴.

No entanto, um fato a ser considerado está relacionado à baixa autopercepção do adoecimento. Em alguns depoimentos, os pacientes relataram não se perceberem doentes ou quando se reconheciam com alguma alteração, a consideravam como algo leve e de pequena importância, o que coloca em evidência o componente individual de vulnerabilidade presente nos

entrevistados. Tal evidência tem impacto direto no itinerário terapêutico, como pode ser visto em alguns depoimentos.

Sobre o conhecimento dos entrevistados acerca da tuberculose, uma grande parcela passou a entender a doença apenas após o adoecimento e internação, quando passaram a receber orientações, onde alguns pacientes consideravam a TB uma doença extinta, demonstrando total desconhecimento da presença desta em seu cotidiano social.

O desconhecimento sobre a doença demonstra a vulnerabilidade em suas três dimensões: individual, social e programática. A baixa escolaridade apresentada por eles pode ser condição que justifique tal desconhecimento no contexto individual, mas também no âmbito social, em decorrência da dificuldade de acesso à educação e, por último, mas não menos importante, a vulnerabilidade programática que evidencia a fragilidade da difusão de informações sobre a doença por parte de programas governamentais e da grande mídia, podendo-se inferir a ausência da participação da comunidade no controle social dos programas ou até mesmo na gestão dos serviços de saúde. Cabe reiterar que tais elementos de vulnerabilidade emergem da organização social, política, econômica, que é estrutural e que pode independe da vontade do indivíduo, admitindo-se que ele é alvo de condições de vida específicas, socialmente determinadas^{29,53}.

Por outro lado, alguns participantes aventaram a possibilidade de transmissão da doença, devido ao estigma, situação que suscita temor. Em estudo realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, com 101 familiares de pessoas com tuberculose, com o intuito de avaliar os fatores associados ao conhecimento e atitudes de famílias no contexto do adoecimento, o contato com o indivíduo doente e a tosse destacaram-se com maior expressividade, onde 90,9% entrevistados referiram que essas são as principais condições para transmissão⁵⁵

O adoecimento por Tuberculose pode decorrer em estigma, configurando-se como outro elemento de vulnerabilidade individual, mas também social, pois mesmo depois de tantos anos, a TB está impregnada pelo preconceito⁵⁶. O estigma pode postergar a busca por cuidados à saúde e,

portanto, o tempo despendido entre o início da sintomatologia e o diagnóstico pode sofrer aumento⁵⁷.

Acerca do agente causador da tuberculose, a maioria dos entrevistados afirmou se tratar de uma doença causada por uma bactéria, por mais que não soubessem nomeá-la, pela dificuldade encontrada em entender algumas informações transmitidas pelos profissionais de saúde. No estudo sobre famílias de doentes com tuberculose⁵⁵, anteriormente citado, alguns participantes afirmaram ser um vírus o patógeno da tuberculose, o que também foi encontrado no depoimento de um dos entrevistados do presente estudo: “...continuava com o vírus da tuberculose...” (G47).

Os entrevistados também relataram potenciais fatores de proteção contra o adoecimento por TB, dentre eles, os mais citados estavam relacionados aos hábitos de vida e, mesmo que indiretamente, associaram o processo de adoecimento às condições de vida: “... é uma doença que tá muito ligada com as condições de higiene de onde a gente vive, se a gente se alimenta bem, se tem as defesas boa, se a gente convive com muita gente” (S19). Por outro lado, o uso de drogas, álcool, e o tabagismo também foram apontados como aspectos que podem potencializar a exposição ao adoecimento⁵⁶.

No que diz respeito à cura, em grande parte das falas dos entrevistados, a informação de se tratar de uma doença curável advém, sobretudo, das informações por parte das equipes de saúde ofertadas após a internação e confirmação diagnóstica. Entretanto, ressalta-se que mesmo se tratando de uma doença curável, ainda se verificou, em parte dos participantes, a representação de que a tuberculose pode ser uma doença fatal na ausência de tratamento instituído.

O tratamento recomendado pelo Ministério da Saúde compreende duas fases: uma fase denominada intensiva e uma fase de manutenção. A fase intensiva tem por objetivo diminuir rapidamente a população bacilar, visando interromper a cadeia de transmissão da doença. Já a fase de manutenção prima pela eliminação de bacilos residuais ao ataque ou aqueles que se encontram em forma latente⁴.

No Brasil, o tratamento da tuberculose, em seu esquema básico, compõe-se, para adultos e adolescentes, do uso de quatro fármacos na fase intensiva e, na fase de manutenção, de apenas dois. Os fármacos utilizados neste esquema são a Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, que quando associados, contra o bacilo de Koch, proporcionam elevadas taxas de cura⁴.

Os depoimentos dos entrevistados demonstram forte fragilidade em relação à sua compreensão, sobre as medicações utilizadas, o motivo de sua utilização, as doses, horários, forma de ingestão e duração do tratamento e tal desconhecimento foi atribuído, por alguns participantes, como fruto da ausência de informação por parte da equipe de profissionais responsáveis pelo tratamento. O mesmo ocorreu com outros pacientes, que afirmaram que a forma técnica com que é abordado pelos profissionais de saúde dificulta o entendimento a respeito.

Tal dificuldade de entendimento pode também associar-se à baixa escolaridade, presente entre a maioria dos entrevistados e ajuda a perfazer a vulnerabilidade individual. Não obstante, percebe-se também um componente programático quando do uso de informações técnicas, por parte das equipes, para com os pacientes ao não adequar a linguagem à possibilidade de entendimento destes. Ainda vale destacar relatos de alguns pacientes de que não foram sequer informados sobre o curso do tratamento, o que viola o direito do paciente em relação ao conhecimento e participação ativa no processo de decisão da terapêutica a ser implementada.

Assim, é possível inferir que, ao desconhecer como deve ser executado o tratamento da tuberculose, as chances de abandono do mesmo podem aumentar, com reflexos no controle da doença. Entre os entrevistados no presente estudo, apenas um paciente citou abandono de tratamento prévio, que foi a causa da internação. Em pesquisa realizada por Lima et al.⁵⁷, em um centro de saúde na cidade de Fortaleza, que buscou identificar fatores relacionados ao abandono do tratamento, também se encontrou desconhecimento por parte dos pacientes quanto ao nome das medicações, forma de ingestão e que tais fatores podem estar relacionados à não adesão ao tratamento.

Em revisão integrativa contendo estudos entre 2000 e 2009, sobre fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose⁵⁸, também foi evidenciado que a baixa escolaridade e o déficit de informações sobre o tratamento, advindos da equipe de saúde, foram fatores para a interrupção do tratamento por parte dos pacientes do estudo.

Em síntese, pode-se perceber a complexidade do processo de adoecimento, que vai além de uma visão puramente biológica e requer interpretação que também envolva a dinâmica de interações do sujeito com a comunidade e com o coletivo. Requer, ainda, interpretação que considere as condições sociais, os arranjos políticos, econômicos e as condições de vida que incidem no processo saúde-doença, reiterando, a força da Determinação Social no adoecimento por tuberculose.

6.1.2 Categoria II – Itinerário Terapêutico

Para um melhor entendimento desta categoria é válido resgatar o conceito de Itinerário Terapêutico. O Itinerário Terapêutico é entendido como um constructo que evidencia as tomadas de decisões, adesões, escolhas e até mesmo avaliações por parte dos indivíduos a determinadas formas de cuidado à saúde²⁵. Um fato importante e que faz do estudo dos ITs um excelente instrumento teórico-metodológico é que estes não se limitam apenas à constatação e caracterização de serviços de saúde oferecidos, já que não se resumem somente à busca dos meios formais de resolução de problemas ou desordens no funcionamento do corpo, mas se apresenta como um conjunto de decisões na busca por resolução de processos aflitivos, relacionados ao adoecimento, de acordo com as possibilidades socioculturais do indivíduo. Nesse sentido, tais processos podem evidenciar potenciais elementos de vulnerabilidade, advindos do lugar ocupado pelo indivíduo na sociedade que, por sua vez, decorre da forma como esta se estrutura em termos da economia, da política, incluindo os modos de produção e de reprodução social. Ou seja, entende-se, portanto, que os ITs também são mediados por tal forma de interpretação da realidade.

Segundo Kleinman⁴⁹, para que um indivíduo busque cuidados à saúde é necessária a aceitação da existência de uma “desordem” que comprometa seu desempenho na dinâmica cotidiana e que esta “desordem” se configure como demandante da busca pela resolução do processo aflitivo, no caso deste estudo, o adoecimento por tuberculose, doença fortemente determinada socialmente. Numa perspectiva de sistematização, o autor ampara-se apenas na forma como o indivíduo irá se comportar na busca por cuidados diante de uma necessidade apresentada, seja em seu subsistema familiar, popular ou profissional. Neste estudo, o que levou os entrevistados à busca por cuidados foram sinais e sintomas, em sua maioria, respiratórios (tosse), presença de febre, emagrecimento, inapetência, sudorese e dor.

Muito se fala sobre o estudo dos IT de modo a observar trajetórias terapêuticas com o único intuito de identificar linhas de cuidado, mas cabe ressaltar que se tratam de conceitos diferentes, mas não necessariamente dissociados. Enquanto as linhas de cuidado buscam identificar fluxos, protocolos, separando os processos para o seu entendimento, o estudo do IT, possibilita compreender as opções dos pacientes (atores) na busca de tratamentos médicos. A percepção e noção do adoecimento não se limitam a entendimento puramente biomédico, mas também compreendem decisões que ora tendem para a busca de cuidados do campo profissional, ora de possibilidades concernentes ao próprio cotidiano do indivíduo, ou seja, de ordem familiar ou popular. Constata-se, assim, que a busca por assistência não leva em consideração somente o exato, mas também as subjetividades de cada indivíduo e as suas decisões baseiam-se nas possibilidades advindas de suas condições de vida⁵⁹.

Desta forma, os IT possibilitam a observação de pluralidades, práticas e saberes diversos que se alinham à reafirmação do Sistema Único de Saúde – SUS, em suas diretrizes e princípios, principalmente no tocante à integralidade e equidade, pois ao se estudar o todo (subjetividades, condições de vida, costumes e tradições), torna-se possível o entendimento em seu sentido mais amplo das necessidades dos usuários do sistema, fomentando assim a oferta de assistência integral e com equidade, que é ponto chave para o funcionamento adequado dos serviços de saúde⁵⁹.

A partir do exposto é possível inferir que não há como elencar um itinerário terapêutico único, como o representativo de todos os entrevistados, pois cada um deles apresenta uma singularidade, condições socioeconômicas e culturais diferentes, conceitos advindos de experiências pregressas distintas, ainda que, muito provavelmente pertençam a grupos sociais muito semelhantes em termos de pertencimento de classe. Logo, afirmar que há um único IT, representativo do adoecimento por tuberculose, de todos os indivíduos da presente amostra, é excluir a subjetividade expressa pela individualidade e vivência social de cada um dos entrevistados.

Para Kleinman⁴⁹, em seus processos explicativos em relação aos subsistemas utilizados pelos indivíduos na busca por cuidados à saúde: familiar, profissional e popular, o indivíduo é sujeito ativo e suas concepções sobre o processo decisório estão atreladas às suas vivências individuais e coletivas.

Mesmo que considerando a singularidade de cada IT dos participantes do estudo, foi possível identificar pontos críticos em comum, que denotam elementos de vulnerabilidade em suas três dimensões.

Em se tratando da autopercepção sobre o adoecimento, percebida nos depoimentos dos entrevistados, verificou-se, de modo geral, dificuldades na procura dos serviços de saúde para o esclarecimento do quadro clínico apresentado, o que denota vulnerabilidade individual. Tal condição eleva o tempo de busca por cuidados à saúde e, por conseguinte, o período de tempo para o diagnóstico e o tratamento, contribuindo para um possível agravamento do quadro, e diminuição da possibilidade de cura.

Em estudo acerca do Itinerário Terapêutico de pacientes com Hanseníase em Salvador (BA), entre 2009 e 2011, alguns participantes também demonstraram baixa importância à sintomatologia inicial, o que impactou de forma significativa o IT dos entrevistados⁶⁰.

As dificuldades do cotidiano da população limitam suas possibilidades para procurar o atendimento em serviços de saúde, para esclarecer a causa de sua doença, evidenciando um componente de vulnerabilidade além de individual, mas também social, já que tal demora pode também estar

relacionada ao preconceito e estigma ainda presente na sociedade atual acerca da tuberculose.

A não valorização da sintomatologia pode advir do desconhecimento da doença, e pode evidenciar elementos de vulnerabilidade em suas três dimensões. A baixa renda, a baixa escolaridade, a precária qualificação para o trabalho que implica em emprego sem estabilidade, sem proteção social, dentre outros aspectos, são elementos de vulnerabilidade individual, mas também social e, numa perspectiva mais ampla, também de vulnerabilidade programática. Isto pois tais elementos resultam de uma dada organização da sociedade, em que a distribuição da renda é desigual e, para muitos, extremamente deficiente, o que é próprio do capitalismo excludente, que segrega e permite a acumulação do capital por parte de uma pequena parcela de população. Também fruto da organização da sociedade, no modo capitalista de produção, constata-se má distribuição de terra, e políticas públicas que visam o benefício e a retroalimentação do processo de manutenção de uma organização social e econômica que atende aos interesses de uma elite composta por uma pequena parcela da população, deixando para uma grande maioria, empregos escassos, que aceitam baixa qualificação para o trabalho^{26,42,53}.

Voltando às dificuldades apresentadas pelos pacientes para a resolução de sua enfermidade, e no já mencionado desdobramento em relação ao itinerário terapêutico dos pacientes, por vezes, a demora na busca por cuidados implica em situações de agravamento do quadro mórbido, forçando o doente a buscar o subsistema profissional de maior complexidade⁶⁰, com decorrente sobrecarga de outros níveis de atenção, , que exigem maior tecnologia em termos de equipamentos de saúde, com custos que podem ser muito mais onerosos para o sistema de saúde.

Entretanto, é necessário entender que, por se tratar de indivíduos com condições de vida decorrentes da frágil inserção no sistema de produção, e com dificuldade para a resolução da sua sintomatologia, pode também advir a necessidade de responder às demandas cotidianas de trabalho e de provimento da família, deixando de lado, ou colocando em segundo plano, as demandas de saúde. Neste sentido, o receio da perda de vínculo empregatício

por afastamento relacionado à doença, por exemplo, pode levar o sujeito a suportar o processo de adoecimento até um limiar que pode ser distinto de indivíduos de grupos sociais que possuam outras possibilidades de acesso para o desenvolvimento da vida⁵⁶.

Por outro lado, quando percebidos os sinais e sintomas, ao se apresentarem ainda leves, podem levar o paciente à prática da automedicação. No presente estudo, alguns pacientes referiram o uso de fitoterápicos (lambedores), configurando a busca por cuidados através de saberes populares ou informais, conforme Kleinman⁴⁴, adentrando a busca por cuidados através do subsistema popular. Houve também a busca, para a resolução de sua necessidade de saúde, em farmácias, por exemplo, de medicação para a tosse (xaropes). A automedicação pode agravar o quadro clínico, até um momento em que o indivíduo seja levado, definitivamente, a procurar auxílio profissional no subsistema profissional.

É importante lembrar que o uso de fitoterápicos (lambedor), na tentativa de minimizar a sintomatologia respiratória, em geral advém do conhecimento obtido do senso comum do coletivo de convívio do indivíduo, presente tanto no subsistema familiar, quanto no subsistema popular. Entretanto, essa prática pode denotar um elemento de vulnerabilidade tanto individual quanto social. Cabe ainda reforçar que não é possível ter juízo de valor acerca das decisões dos entrevistados em relação a esse aspecto, pois a construção do processo de decisão, além de evidenciar subjetividades, também pode revelar condições específicas de vida, que a depender do lugar social ocupado pelo indivíduo, podem reduzir as possibilidades de acesso aos serviços de saúde, ainda que se considere a universalidade do SUS.

A automedicação chega a alcançar proporções de difícil estimativa. Além do que foi anteriormente mencionado, pode exibir um constructo cultural, assim como pode evidenciar dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em que a própria forma destes se distribuírem é uma condição potencial para a geração de desigualdades⁶¹. A precária presença de serviços de saúde na região de moradia do paciente (baixa cobertura) dificulta o acesso ao cuidado e saúde, por aumentar a distância a ser percorrida pelo usuário, fragilizando assim, a busca por cuidados em saúde no âmbito da Atenção Básica.

No que se refere à busca de resolução do processo de adoecimento no subsistema profissional, das narrativas dos entrevistados emergiram algumas condições relacionadas ao acesso ao diagnóstico da TB. O IT dos pacientes baseou-se na busca inicial por cuidados nas Unidades de Pronto Atendimento. Em estudo realizado na cidade de Natal – RN, por Dantas et al.⁶², com 302 participantes, que objetivou identificar os fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose, constatou-se que a maioria dos doentes buscaram como primeiro serviço de saúde, o pronto-socorro e hospitais. Fato contrário foi encontrado em outro estudo, também desenvolvido em João Pessoa – PB, acerca da acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose, pois a maioria dos pacientes tiveram como primeira escolha as unidades de APS do município⁶³.

Observando tal escolha pelas UPAs reitera-se que não é o fluxo recomendado pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico da tuberculose, uma vez que se preconiza que a Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia Saúde da Família, seria a responsável por ser a “porta de entrada” do indivíduo doente, no sistema de saúde, principalmente no caso da tuberculose pulmonar. De fato, o Programa de Controle desta doença recomenda a busca ativa de sintomáticos respiratórios de modo a otimizar o tempo entre o início dos sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento⁴. Esta característica de escolha dos entrevistados pelas UPAs revela elementos que demonstram vulnerabilidades em seus três aspectos discutidos neste estudo. Verifica-se vulnerabilidade individual e social, concretizada pelo desconhecimento por parte dos participantes e, possivelmente de pessoas que perfazem seus círculos sociais acerca dos fluxos de atendimento no SUS. O desconhecimento pode decorrer da baixa procura por informações por parte do próprio indivíduo, assim como da rarefeita divulgação a respeito de como proceder por meios de comunicação e pelo próprio sistema de saúde, que parece não esclarecer suficientemente os fluxos de atendimento no SUS. Ainda é necessário destacar que tal dado evidencia a fragilidade das ações de busca ativa de casos na população.

Numa outra perspectiva, a procura pelas UPAs também esteve relacionada à percepção de gravidade da sintomatologia. Logo, o achado corrobora hipóteses que apontam que a busca por cuidados à saúde por parte

do paciente pode estar relacionada à percepção de necessidade de cuidados que demandam uma maior complexidade e agilidade no diagnóstico, reiterando a visão hospitalocêntrica, em que a capacidade de resolução desse nível de atenção ainda é tida como maior que aquela ofertada pelos serviços de APS⁶².

Entretanto, mesmo que a busca por assistência em pronto socorros tenha predominado no presente estudo, em alguns casos, a ESF também se mostrou resolutiva em relação ao diagnóstico e início do tratamento. Mesmo assim, foi possível perceber, na análise dos depoimentos, que há carência de conhecimento por parte da população acerca da resolutividade da APS, como no caso da tuberculose, o que, novamente, reitera elementos de vulnerabilidade na dimensão individual e programática, principalmente.

Outra condição apontada pelos entrevistados, relacionada à opção por serviço de saúde diferente das unidades da ESF refere-se à dificuldade de deslocamento. Alguns pacientes referiram a proximidade de moradia de hospitais como determinante para sua decisão, enquanto porta de entrada, quando da escolha do subsistema profissional no IT. A distância entre a residência do indivíduo e o serviço de saúde foi fator determinante em estudo acerca da acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose realizado por Paiva et al.⁶².

Por outro lado, um dos entrevistados relatou que foi necessário o seu deslocamento para o bairro de um familiar para a consecução de atendimento na ESF, demonstrando que a busca por auxílio no subsistema familiar pode modificar a configuração do Itinerário Terapêutico dos pacientes por necessidades advindas de inadequada distribuição geográfica das redes de atenção à saúde.

Vale salientar que Recife tem cerca de 54,2% de cobertura de unidades dotadas da Estratégia Saúde da Família em seu território³³, demonstrando que pouco mais da metade de sua população está adscrita no programa, que é a tradução do componente programático da vulnerabilidade.

A dificuldade de deslocamento também é um elemento de vulnerabilidade, do ponto de vista individual e social, que decorre de processos de distribuição desigual de serviços de saúde e de renda, o que limita, por vezes, o acesso à equipamentos de saúde, de educação, além de transporte e

outros, nas regiões periféricas, tornando necessário o deslocamento aos centros urbanos que são dotados de maior oferta de serviços. A ausência de políticas públicas para prover essas necessidades evidencia elemento de vulnerabilidade social e programática.

O acesso pode ser definido a partir da experiência do indivíduo em relação a fatores objetivos como distância da unidade de saúde, horário de atendimento, agendamento de consultas⁶⁴. O SUS tem como um de seus princípios a descentralização, operacionalizada por meio da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde, de forma a possibilitar o acesso, proporcionando celeridade e resolutividade às demandas dos usuários⁵².

Já a acessibilidade, no caso do Programa de Controle da tuberculose, configura-se como uma combinação de condições socioculturais, geográficas, econômicas e como o sistema de saúde é organizado, para que o diagnóstico e o tratamento sejam realizados com a maior precocidade possível, evitando sequelas e mortes, além de sobrecarga ao sistema hospitalar⁶⁴.

Portanto, o acesso aos serviços de saúde pode comprometer o modo como o indivíduo percorre o sistema de saúde na busca por cuidados, interferindo na composição de seu itinerário, com repercussões no atraso do diagnóstico da doença e seu tratamento adequado.

Um outro aspecto importante a ser destacado é que, mesmo ao conseguir adentrar no chamado subsistema profissional, as narrativas dos entrevistados demonstraram a presença de elementos de vulnerabilidade programática, concretizados na dificuldade para o agendamento de consultas na APS, no tempo de espera pela consulta tanto na APS quanto nas UPAs, além dos equívocos diagnósticos, que culminaram na demora para a obtenção do diagnóstico definitivo⁵².

Em estudo acerca da satisfação do usuário em relação à Atenção Primária à Saúde⁶⁵, a demora no agendamento de consultas caracterizou-se como fator de insatisfação e também foi apontada como um dos motivos da busca por outros serviços que, segundo sua percepção, teriam maior agilidade no acesso, corroborando o que foi encontrado no depoimento dos entrevistados do presente estudo, que optaram por procurar o pronto atendimento ao invés das unidades da ESF.

Achado semelhante ao encontrado no presente estudo, também foi causa de insatisfação a demora no atendimento por ocasião da consulta^{52,65}.

Tais condições supracitadas configuram-se como elementos de vulnerabilidade programática, uma vez que estão relacionadas ao modo como se realiza o processo de trabalho nas unidades de saúde e de como se organiza a produção dos serviços de saúde.

As dificuldades na obtenção de cuidados à saúde evidenciam o quanto é penoso o Itinerário Terapêutico percorrido, particularmente no caso das pessoas pertencentes aos grupos sociais de menor acesso e que apresentam piores condições de vida. A integralidade, um dos pilares do SUS, deveria ser concretizada, por meio do acolhimento das necessidades do usuário, garantindo o acesso às tecnologias de todos os níveis de complexidade.

Logo, são necessárias mudanças nas formas de organização das Redes de Atenção à Saúde, de modo a suprir as demandas provenientes de todos os estratos sociais. Entretanto, é importante ressaltar que é necessário que o princípio da equidade esteja fortalecido nesse contexto, de modo que as iniquidades às quais os pacientes estão expostos sejam amenizadas e aqueles mais impactados por suas decorrências tenham as mesmas possibilidades de acessibilidade e de acesso aos serviços de saúde que os indivíduos com condições de vida adequadas.

Além do fortalecimento das Redes de Atenção quanto ao acesso, a resolubilidade dos serviços de saúde também deve ser alvo de estratégias de melhoria. Em alguns depoimentos houve relatos de erro diagnóstico por parte dos profissionais que atenderam os pacientes tanto nas unidades básicas de saúde dotadas da ESF quanto nas UPAs. Alguns pacientes relataram que os profissionais consideraram a enfermidade como “virose” e “pneumonia”, por exemplo, e quando implementaram o tratamento, este se baseou na prescrição de sintomáticos (analgésicos, broncodilatadores, antitussígenos), evidenciando assim o despreparo desses profissionais no reconhecimento do quadro clínico de TB, configurando um elemento de forte vulnerabilidade programática⁶⁶.

É importante ressaltar que os erros diagnósticos apresentam impacto direto na construção do IT dos pacientes tornando-o moroso e contribuindo com a demora diagnóstica e com o agravamento do quadro já instalado,

inclusive com possibilidade de resistência do bacilo, ao se utilizar, por exemplo, aminoglicosídeos e/ou quinolonas com atividade sobre o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, estando associado a aumento da taxa de letalidade pela doença⁶⁷.

O fortalecimento das Redes de Atenção perpassa a disponibilidade de insumos materiais para que os princípios do SUS sejam preservados. A falta de materiais e de equipamentos para o diagnóstico e até de leitos hospitalares para a internação estiveram presentes nos relatos dos pacientes entrevistados, o que pode evidenciar mais um elemento de vulnerabilidade programática.

Por outro lado, as dificuldades de agendamentos, realização de consultas, os erros diagnósticos, dentre outras fragilidades já elencadas ao longo desta discussão, os pacientes compartilharam, em sua maioria, seu itinerário terapêutico com diversos atores sociais, sejam eles familiares, vizinhos ou voluntários.

Para Kleinman⁴⁹, as histórias contadas pelos pacientes constituem-se em um modo de refletir a experiência com o adoecimento, que também contribui para a resiliência perante a sintomatologia e sofrimento causados pela enfermidade. Dessa forma, o apoio, por parte dos atores sociais, é muito relevante para amenizar esse processo.

De fato, por vezes, as narrativas dos entrevistados evidenciaram que o acolhimento se deu no interior da estrutura familiar, configurando o subsistema que envolve tais atores componente importante do processo decisório e de organização do itinerário terapêutico dos pacientes.

A figura da mãe, encontrada nos depoimentos deste estudo, também prevalece como ator social, em estudo realizado sobre IT em uma comunidade Quilombola, acerca de situações de emergências pediátricas⁶⁸. Embora todos os participantes do presente estudo sejam adultos, a presença materna se perpetua como importante ponto de apoio em situações de fragilidade, como no processo de adoecimento por tuberculose.

Por outro lado, o abandono familiar, relatado em alguns discursos traz impactos importantes, configurando-se como elemento de vulnerabilidade individual. Quando da negativa de suporte familiar, um dos entrevistados passou à situação de rua e a utilizar drogas, estas últimas na tentativa de

“esquecer o abandono” (G.24; G.36). Entretanto, verifica-se a complexidade dessa condição, pois a demanda para o uso de drogas foi o motivo pelo qual a família o negligenciou (G.37). Tal situação fragiliza ainda mais o sujeito ao adoecimento, bem como ao abandono do tratamento⁵⁸.

Em relação ao abandono do tratamento, é necessário ressaltar que evidencia elementos de vulnerabilidade tanto da dimensão individual quanto social e programática, incluindo aspectos sociodemográficos, drogadição, doenças concomitantes, autopercepção sobre a importância do cuidado à saúde, além de aspectos relacionados aos serviços de saúde⁵⁷⁻⁸. Destaca-se que o abandono ao tratamento é considerado a partir da ausência do doente à unidade de tratamento por mais de 30 dias, a partir da data agendada para o retorno⁴.

No presente estudo, apenas um dos entrevistados relatou ter abandonado previamente o tratamento antes da internação. Logo, mesmo que o escopo desta pesquisa sejam os pacientes internados, é importante ressaltar que após a alta hospitalar estes necessitam de acompanhamento ambulatorial para o seguimento da evolução do caso. A fim de evitar o abandono, é necessário agir numa perspectiva mais ampla, conforme apontam Bertolozzi et al.⁶⁹, que propõem o conceito de adesão pautado em três planos que devem ser levados em consideração no processo de assistência ao paciente: o entendimento do indivíduo em relação ao processo saúde-doença, o lugar ocupado por este na organização social (que determinará condições específicas de vida e de trabalho, que incidirão no processo saúde-doença), e como se dá o processo de organização do trabalho em saúde. A partir disso, entende-se a adesão como um processo, que não se baseia somente em uma decisão individual, mas dependente de uma gama de interações entre o indivíduo, o processo de trabalho em saúde e as condições específicas de vida e de trabalho³².

Assim sendo, do ponto de vista programático, a adoção de medidas como o Tratamento Diretamente Observado (TDO), que se baseia na supervisão realizada por um profissional capacitado, da tomada da medicação prescrita ao paciente, pode diminuir as estatísticas que mostram o abandono ao tratamento. Tal estratégia também tem como objetivo identificar riscos para

a não adesão e estabelecer vínculos entre o serviço de saúde, a família e o paciente⁴.

Torna-se imprescindível que durante o tratamento o indivíduo receba informações acerca da terapêutica adotada e que o paciente compreenda, por exemplo, a necessidade da tomada diária do medicamento pelo período e nos horários recomendados, os potenciais efeitos colaterais causados pelas drogas antituberculose, para que a adesão ao tratamento seja concretizada, tanto durante a internação, quanto no acompanhamento ambulatorial pós-alta. Os 25 participantes deste estudo receberam alta hospitalar e foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial posterior. Entretanto, cabe ressaltar que, em seus depoimentos, foi possível identificar fragilidades acerca do entendimento sobre a doença e o tratamento, o que pode decorrer do baixo acesso à educação formal apresentada pela maioria dos entrevistados, confirmando um componente individual de vulnerabilidade. Contudo, também foi passível de inferência após análises dos discursos que a precária compreensão acerca de sua condição enquanto enfermo e sobre seu tratamento pode relacionar-se à carência de explicações por parte da equipe de saúde e pelo emprego de termos técnicos, não familiares ao cotidiano da linguagem do paciente, evidenciando assim, um componente programático adicional de vulnerabilidade.

Segundo o Ministério da Saúde⁴, para que o tratamento da tuberculose tenha sucesso, é de suma importância que ocorra acolhimento de forma humanizada do indivíduo, desde a investigação diagnóstica até a alta, seja no ambiente hospitalar, seja na atenção básica. A abordagem deve permitir o estabelecimento de vínculo entre o paciente e os profissionais e que estes ofereçam escuta qualificada, considerando a importância da subjetividade e do conhecimento do usuário, de modo a identificar potenciais fragilidades (angústias, dúvidas e vulnerabilidades), orientando-o de forma clara e objetiva quanto às suas condições clínicas, tratamento instituído, possíveis reações adversas e consequências do não uso das medicações, de modo a concretizar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a cura^{29,32,40,68}.

Para o controle da Tuberculose é necessário o fortalecimento do SUS, no intuito de que possam ser cumpridos seus princípios essenciais

(integralidade, equidade, universalidade e participação social) em todos os seus níveis de atenção, principalmente na Atenção Primária à Saúde.

O SUS tem como um de seus eixos fundamentais (estruturante), a universalidade e, portanto, não deve haver distinção para sua utilização entre a população. A gratuidade dos serviços minimiza as enormes iniquidades presentes em nossa sociedade. Ademais, a operacionalização da integralidade, deve contemplar toda e qualquer tecnologia para responder às necessidades do usuário. Nessa perspectiva, é fundamental que o Programa de Controle da Tuberculose tenha resolubilidade na Atenção Primária, ou seja, tenha capacidade de realizar o diagnóstico precoce, através da suspeita diagnóstica e da realização da baciloscopia, assim como o tratamento adequado.

A Atenção Básica é a força motriz e constitui o ponto de articulação das Redes de Atenção à Saúde, atuando como coordenadora de cuidados. Para tanto, é fundamental a ampliação da cobertura assistencial⁷⁰.

Por meio da territorialização, é possível realizar o mapeamento e o acompanhamento de usuários que apresentam maior exposição ao adoecimento, possibilitando assim a promoção da saúde, a prevenção dos agravos presentes em determinado contexto e o tratamento adequado. Cabe ainda à AB a possibilidade de amenizar os elementos de vulnerabilidade, na perspectiva da vigilância na saúde, componente importante deste nível de atenção.

É importante lembrar que a Estratégia Saúde da Família tem como fundamento o reconhecimento do seu território de atuação, ou seja, o reconhecimento das necessidades da comunidade adscrita, considerando a saúde-doença como um processo socialmente determinado. Sendo assim, a ESF, através da implementação de ações assistenciais e de vigilância na saúde é capaz de impactar diretamente no Itinerário Terapêutico, minimizando o período de tempo despendido entre o início do quadro clínico e a cura. Nesse sentido, há necessidade de um forte senso de equidade, princípio fundamental do SUS, na perspectiva de compreender desigualdades no território, ofertando e fortalecendo ações às populações que apresentam maior vulnerabilidade. Também é importante destacar o necessário cuidado longitudinal à população adscrita.

Com o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde é possível, através da AB e, principalmente da ESF, executar programas que tenham como objetivo otimizar a resolubilidade dos níveis de atenção tendo em vista que RAS organizam-se em diferentes níveis de tecnologia de modo a garantir a integralidade do cuidado⁷¹.

Entretanto, é importante enfatizar que o financiamento do SUS ainda é muito insuficiente para a concretização de todas as suas potencialidades, principalmente no momento atual, com a instituição da Lei do Teto de Gastos, conhecida como Emenda Constitucional do “Fim do Mundo”, que congela, por vinte anos, os gastos sociais, incluindo os da saúde⁷². Aponta-se a necessidade imperiosa da priorização de políticas voltadas ao setor público de saúde, de modo a otimizar o tempo-resposta da tríade quadro clínico-diagnóstico-tratamento e promover a saúde da população.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

A TB continua configurando-se como um problema de saúde pública global. A forte relação entre a Determinação Social e a tuberculose expõe fragilidades de uma sociedade alicerçada em iniquidades.

Quando da ocasião do adoecimento, neste estudo, o subsistema familiar configurou-se como maior ponto de apoio na construção do itinerário terapêutico dos pacientes.

Torna-se perceptível o dinamismo Itinerários Terapêuticos, corroborando com o fato de que este é um constructo fundamentado em subjetividades, conhecimentos adquiridos no convívio social e pelas condições de vida daquele que adoece, configurando-se como algo individual, ou seja, diante de uma mesma patologia, cada sujeito constroi o seu trajeto na busca por cuidados à saúde.

Por fim, através dos relatos dos pacientes deste estudo, foi possível inferir que, mesmo diante de elementos de vulnerabilidade individual, com a implementação de políticas públicas que objetivem melhorias sociais e a reestruturação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis de atenção, principalmente no âmbito da Atenção Básica, é possível minimizar as dificuldades encontradas pelos pacientes com Tuberculose, em seus respectivos itinerários terapêuticos, diminuindo o seu sofrimento na peregrinação por cuidados à saúde. Busca-se, assim, possibilitar o melhor acesso a um sistema de saúde integral, equânime, universal, humanizado, acolhedor e de excelência em assistência quando da necessidade de sua utilização por parte das populações com condições de vida fragilizada, vítimas de uma sociedade desigual, evitando a internação por causas sensíveis à Atenção Primária, como a tuberculose.

8 ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) senhor (a),

O (A) senhor (a) foi selecionado (a) para participar de uma pesquisa sobre **O itinerário terapêutico dos pacientes internados por Tuberculose em Recife, Pernambuco**. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade de São Paulo - USP. A pesquisa tem por objetivo avaliar o percurso do paciente doente de tuberculose na busca de cuidados de saúde. Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 45 minutos, além de responder a algumas perguntas relacionadas à sua doença. Sua identidade será mantida no mais absoluto sigilo e os dados serão divulgados de forma conjunta, reforçando assim a segurança das informações fornecidas pelo (a) senhor (a).

Para que seja mantida a fidelidade das suas informações, solicitamos a autorização para gravarmos sua entrevista para posterior transcrição em texto. Após essa etapa a gravação será destruída. A sua participação é voluntária, podendo o (a) senhor (a) se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O (A) senhor (a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não resultará em qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde ou com os pesquisadores. Entretanto, os resultados da pesquisa serão analisados pelos autores desta que pretendem abordar aspectos importantes que visem a melhora do Programa Nacional do Controle da Tuberculose, trazendo assim, um benefício coletivo para outras pessoas que venham a adoecer.

Quanto aos riscos, o presente estudo, por tratar de trajetória de adoecimento pode trazer à tona lembranças desconfortáveis aos participantes. Para sanar qualquer desconforto, o hospital e os pesquisadores ofertarão suporte psicológico, se necessário, através do atendimento de rotina já executado pelo hospital a fim de amenizar o desconforto causado.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que o senhor considere necessário em qualquer momento.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa, gravar a minha entrevista e para publicação dos resultados. Estou ciente que, se quiser, receberei uma cópia deste documento.

Caso tenha qualquer dúvida e sejam necessárias maiores informações sobre a pesquisa, pode solicitar esclarecimentos com: Phelipe Gomes de Barros. Telefone (81) 998254364; Francisco Oscar de Siqueira França. Telefone (11) 99645-2764

E-mail: phelipebarros@usp.br ; fosfranca@usp.br

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

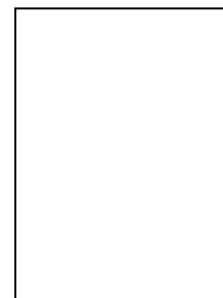
Recife - PE, ____, de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Nome do responsável pela entrevista:

_____.

Telefone: _____



ANEXO B – INSTRUMENTO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: _____
2. Cidade de Nascimento: _____ Estado: _____
3. Cidade de Residência: _____ Estado _____
4. Bairro: _____
5. **Sexo:**
1 () Masculino 2 () Feminino
6. **Idade:** _____
1 () 18-29
2 () 30-39
3 () 40-49
4 () 50-59
5 () 60 ou mais
7. **Estado Civil:**
1 () Solteiro
2 () Casado
3 () Separado/Divorciado
4 () União Estável
5 () Viúvo
8. **Escolaridade:**
1 () Analfabeto
2 () 8 anos completos
3 () < 8 anos completos
4 () de 8 a 10 anos
5 () 11 anos
6 () > 11 anos

Raça/Cor autodeclarada:

- 1 () Branca
- 2 () Negra
- 3 () Parda
- 4 () Indígena

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**9. O(A) senhor(a) trabalhava quando descobriu que tinha Tuberculose?**

- 1 () Sim 2 () Não

10. Ocupação: _____**Em caso de desemprego, ir para a questão 11.****11. Qual a sua situação no mercado de trabalho?**

- 1 () Empregado registrado com carteira assinada
- 2 () Empregado não registrado
- 3 () Autônomo/ conta própria
- 4 () Servidor público estatutário
- 5 () Servidor público celetista
- 6 () Aposentado
- 7 () Trabalho temporário
- 8 () Cooperativado
- 9 () Trabalhador avulso
- 10 () Empregador
- 11 () Outros: _____
- 99 () Não se aplica

12. O(A) senhor(a) já precisou se afastar do trabalho por ter adoecido de TB?

- 1 () Sim 2 () Não 99 () Não se aplica

13. Por quanto tempo o/a senhor(a) está ou ficou afastado(a) do trabalho?

- (Dias): _____ 99 () Não se aplica

14. Qual a Renda Familiar: (Salário Mínimo – SM R\$ 937,00):

- 1 () Sem renda
- 2 () Renda Eventual
- 3 () Menor que um SM

- 4 () Entre 1 e 3 SM
- 5 () Entre 3 e 5 SM
- 6 () Acima de 5 SM
- 7 () Não sabe ou não responde

15. O(A) senhor(a) recebe algum tipo de incentivo financeiro que o auxilia no tratamento da doença?

- 1 () Sim 2 () Não. Qual? _____

16. Qual a sua Situação de Moradia:

- 1 () Casa própria
- 2 () Casa alugada
- 3 () Asilo
- 4 () Albergue
- 5 () Presídio
- 6 () Hospital Psiquiátrico
- 7 () Sem moradia fixa (rua)

Caso não possua moradia fixa, ir para a questão 27

17. Em caso de moradia fixa, qual o tipo:

- 1 () Alvenaria
- 2 () Taipa/Material improvisado
- 3 () Madeira
- 4 () Outro: _____
- 5 () Não sabe ou não responde

18. Quantos cômodos possui sua moradia, incluindo o banheiro?

- 1 () 1 Cômodo
- 2 () 2 Cômodos
- 3 () 3 Cômodos
- 4 () 4 Cômodos
- 5 () 5 Cômodos
- 6 () Mais de cinco cômodos
- 99 () Não se aplica

19. O(A) senhor(a) possui banheiro próprio?

- 1 () Sim 2 () Não

20. A sua residência possui banheiro coletivo?

1 () Sim 2 () Não

21. Quantas pessoas residem em sua casa? _____

99 () Não se aplica

22. Quantas pessoas dividem o cômodo que o senhor dorme? _____

99 () Não se aplica

23. O(A) senhor(a) bebe?

1 () sim 2 () Não

23.1 Se sim, há quanto tempo? _____ 99 () Não se aplica

23.2 Frequência? _____ 99 () Não se aplica

23.3 Se já bebeu, por quanto tempo? _____ 99 () Não se aplica

23.4 Parou há quanto tempo? _____ 99 () Não se aplica

24. O(A) senhor(a) fuma?

1 () sim 2 () Não.

24.1 Se sim, há quanto tempo? _____ 99 () Não se aplica

24.2 Frequência? _____ 99 () Não se aplica

24.3 Quantos cigarros/dia? _____ 99 () Não se aplica

24.4 Se já fumou, por quanto tempo? _____ 99 () Não se aplica

24.5 Quantos cigarros/dia? _____ 99 () Não se aplica

24.6 Parou há quanto tempo? _____ 99 () Não se aplica

25. O(A) senhor(a) usa drogas?

1 () sim 2 () Não.

25.1 Se sim, há quanto tempo? _____ 99 () Não se aplica

25.2 Frequência? _____ 99 () Não se aplica

25.3 Qual droga? _____ 99 () Não se aplica

25.4 Se já usou, por quanto tempo? _____ 99 () Não se aplica

25.5 Frequência? _____ 99 () Não se aplica

25.6 Que tipo de droga? _____ 99 () Não se aplica

25.7 Parou há quanto tempo? _____ 99 () Não se aplica

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

26. Quais sintomas o(a) senhor(a) apresentou que o(a) fez procurar por cuidados?

27. **27.1() Febre**1 () sim 2 () Não.
27.2() Tosse1 () sim 2 () Não.
27.3() Emagrecimento1 () sim 2 () Não.
27.4() Suor em excesso1 () sim 2 () Não.
27.5() Falta de apetite1 () sim 2 () Não.
27.6() Outros:_____
28. **Quando se sentiu doente buscou auxílio de alguém?**1() Sim 2() Não.
28.1 Se sim, quem?
1() Familiares
2() Vizinhos
3() Colegas de trabalho
4() Profissionais de saúde
5() Benzedeiros
6() Curandeiros
7() Outros:_____
29. **Qual o primeiro serviço de saúde o(a) senhor(a) procurou?**
1()ESF
2()UPA
3()Hospital público
4()Hospital privado
5()Consultório Médico Particular
6() Não lembra
7 ()Outro:_____
30. **Qual foi o serviço de saúde que descobriu que o senhor tinha tuberculose?**
1() ESF
2() UPA
3() Hospital Público
4() Hospital privado
5() Consultório Médico Particular
6() Outro: _____
7() Não sabe

31. O(A) senhor(a) precisou gastar com deslocamento para ter acesso ao diagnóstico ou tratamento da tuberculose?

1 () Sim 2 () Não.

31.1 Se sim, quanto, em média? _____

32. Quanto tempo passou entre o início das alterações (ou das queixas) e o diagnóstico de tuberculose?

33. Quanto tempo o(a) senhor(a) demorou para procurar um serviço de saúde após o início das alterações (ou das queixas) e quais as dificuldades encontradas para o acesso?

34. Alguém apoiou o (a) senhor (a) desde o início dos sintomas até os dias de hoje?

35. Quais as alterações que o(a) senhor(a) sentiu quando percebeu que estava adoecendo?

36. Há quanto tempo o senhor tem estas queixas?

37. Conte como foi que teve início sua doença até chegar aqui no hospital.

38. Quais os serviços de saúde que o(a) senhor(a) procurou desde o início dos sintomas até o diagnóstico de tuberculose?

39. O que foi feito em cada um deles?

40. Quais as dificuldades/barreiras encontradas pelo(a) senhor(a) para o diagnóstico da doença?

41. Como foi feito o seu diagnóstico? Quais exames foram solicitados? Com quais resultados? O Sr. (a) julga que foi adequadamente informado sobre o resultado dos exames?

42. O(A) senhor(a) teve dificuldades para iniciar o tratamento da doença? Se sim, quais foram elas? Quanto tempo se passou entre o início das queixas e o início do tratamento? Qual foi o tratamento instituído?

43. Algo atrapalhou no início e continuidade do tratamento da tuberculose que fez com que o Sr.(a) fosse internado neste Hospital? O Sr.(a) recebeu orientação para o tratamento da tuberculose ? Qual foi? Explicaram que havia necessidade de tomar os medicamentos diariamente por 6 meses, continuamente?

44. Antes de ter o diagnóstico da doença, o(a) senhor(a) sabia o que era a Tuberculose?

45. O que é a tuberculose?

46. O que causa a tuberculose?
47. O que a tuberculose pode causar numa pessoa com a doença?
48. Como se trata a tuberculose?
49. Por quanto tempo e com quantos remédios e por quê?

PARTE RELACIONADA À CONSULTA AO PRONTUÁRIO PARA DADOS CLÍNICOS RELACIONADOS À DOENÇA

50. Tipo de caso

- 1 () Caso Novo
- 2 () Recidiva
- 3 () Retratamento após abandono
- 4 () Tratamento anterior encerrado por falência/resistência/toxicidade
- 88 () Não Informado

51. Tipo de Tuberculose:

- 1 () Comum 2 () Multidrogarresistente - MDR 3 () Extensivamente Multidrogarresistente - XDR 88 () Não Informado

52. Forma da Tuberculose

- 1 () Pulmonar 2 () Extrapulmonar 3 () Pulmonar + Extrapulmonar 88 () Não Informado

53. Mais de uma forma clínica: 1 () Sim 2 () Não.

54. Forma Clínica 1

- 1 () Pulmonar 2 () Ganglionar Periférica 3 () Pleural 4 () Meníngea 5 () Óssea 6 () Vias Urinárias 7 () Genital 8 () Intestinal 9 () Oftálmica 10 () Pele 11 () Laríngea 12 () Miliar 13 () Pericárdica 14 () Múltiplos órgãos 15 () Outra: _____

55. Forma Clínica 2

- 1 () Pulmonar 2 () Ganglionar Periférica 3 () Pleural 4 () Meníngea 5 () Óssea 6 () Vias Urinárias 7 () Genital 8 () Intestinal 9 () Oftálmica 10 () Pele 11 () Laríngea 12 () Miliar 13 () Pericárdica 14 () Múltiplos órgãos 15 () Outra: _____ 99 () Não se aplica

56. Forma Clínica 3

1 () Pulmonar 2 () Ganglionar Periférica 3 () Pleural 4 () Meníngea 5 () Óssea 6 () Vias Urinárias 7 () Genital 8 () Intestinal 9 () Oftálmica 10 () Pele 11 () Laríngea 12 () Miliar 13 () Pericárdica 14 () Múltiplos órgãos 15 () Outra: _____ 99 () Não se aplica

57. Baciloscopia de escarro para diagnóstico: 1 () Sim 2 () Não

58. Baciloscopia de escarro para acompanhamento: 1 () Sim 2 () Não

59. Cultura de escarro: 1 () Sim 2 () Não

60. Baciloscopia de outro material: 1 () Sim 2 () Não.

60.1 Se sim, qual? _____

61. Cultura de outro material: 1 () Sim 2 () Não.

61.1 Se sim, qual? _____

62. Raio-x de tórax: 1 () Sim 2 () Não

63. Raio-x de outra parte do corpo: 1 () Sim 2 () Não.

63.1 Se sim, qual? _____

64. Histopatológico: 1 () Sim 2 () Não

65. Teste de sensibilidade solicitado: 1 () Sim 2 () Não. Se sim, qual o resultado?

1 () Sensível a todas as drogas

2 () Resistente a R

3 () Resistente a I

4 () Resistente a Z

5 () Resistente a P

6 () resistente a outra(s) droga(s). Qual (is) _____

66. Teste Molecular Rápido – TMR-TB:

1 () MTB Detectado-Rifampicina Sensível

2 () MTB Detectado-Rifampicina Resistente

3 () MTB Detectado-Rifampicina Indeterminado

4 () MTB Não detectado

5 () Teste inválido

6 () Não realizado

67. Testagem Anti-HIV:

1 () Positivo

2 () Negativo

3 () Em andamento

4 () Não realizado

68. Testes de função renal: 1 () Sim 2 () Não

69. Testes de função hepática: 1 () Sim 2 () Não

70. Outros exames complementares: _____

71. Agravo (s) Associado(s):

82.1. HIV/AIDS 1 () Sim 2 () Não

82.2 Tabagismo 1 () Sim 2 () Não

82.3 Outra imunossupressão 1 () Sim 2 () Não

82.4 Diabetes 1 () Sim 2 () Não

82.5 Doença Mental 1 () Sim 2 () Não

82.6 Alcoolismo 1 () Sim 2 () Não

82.7 Drogadição 1 () Sim 2 () Não

82.7 Nenhum 1 () Sim 2 () Não

82.8 () Outro: _____

72. Medicamentos Utilizados:

83.1. () Rifampicina

83.2 () Isoniazida

83.3 () Pirazinamida

83.4 () Etambutol

83.5 () Outras Drogas: _____

73. Utilização de Antirretroviral:

1 () Sim 2 () Não 3 () Não se aplica

74. Tipo de Tratamento Domiciliar:

1 () Supervisionado 2 () Autoadministrado 3 () Não informado

75. Motivo da Internação:

1 () Insuficiência Respiratória

2 () Hemoptise

3 () Meningite

4 () TB Miliar

5 () TB MDR

6 () TB XDR

7 () Abscesso

8() AIDS

9() Diabetes

10() Intolerância Medicamentosa

11() Caquexia

12() Causas Sociais

13() Não adesão ao tratamento

14() Toxicidade Medicamentosa

15() Outra: _____

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE/PE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
CENTRO DE ESTUDOS



Recife, 15 de dezembro de 2017

Do: Centro de Estudos

Para: Pneumologia

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizamos o pesquisador, **PHELIPE GOMES DE BARROS**, realizar pesquisa intitulada: **O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR TUBERCULOSE NO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PERNAMBUCO**. Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 (Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos);
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Dra. Tereza Cristina Bezerra Leal

Diretora Geral
Maruza Freitas
Maruza Freitas
Assessora Gerência Médica
CRM 14696

P/D.

ANEXO D – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR TUBERCULOSE NO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PERNAMBUCO

Pesquisador: FRANCISCO OSCAR DE SIQUEIRA FRANCA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89340918.2.0000.0065

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.728.126

Apresentação do Projeto:

O Projeto trata de tema altamente relevante para a Saúde Pública tratando das dificuldades no controle da tuberculose.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o Itinerário Terapêutico de pacientes com tuberculose internados no Hospital Otávio de Freitas – HOF, Recife/PE.

Objetivo Secundário:

Descrever os fatores de vulnerabilidade individual, social e programática presentes nos Itinerários terapêuticos dos pacientes internados por tuberculose no Hospital Otávio de Freitas;
Identificar pontos críticos comuns nos Itinerários Terapêuticos dos pacientes com formas diferentes de tuberculose internados em relação ao diagnóstico e tratamento da doença;
Identificar os principais atores sociais que interferiram no Itinerário Terapêutico dos pacientes internados por Tuberculose no Hospital.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Por tratar da trajetória de adoecimento do indivíduo, pode trazer à tona, lembranças desconfortáveis aos participantes. Para sanar qualquer desconforto, o hospital e os pesquisadores

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 36
Bairro: FACAEMBU CEP: 01.245-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3503-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.726-126

ofertarão suporte psicológico, se necessário, através dos atendimentos de rotina já disponíveis aos pacientes.

Benefícios

O estudo não trará nenhum benefício individual. Entretanto, os autores colocam pretendem abordar aspectos importantes que visem a melhora do Programa Nacional do Controle da Tuberculose, trazendo assim, um benefício coletivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhuma, ressaltando que os pesquisadores anexaram termo de anuência da Instituição

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE redigido de forma clara, cumprindo todos os requisitos necessários

Recomendações:

Nenhum

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência para o projeto ser executado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|---|------------------------|--|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1066880.pdf | 07/05/2018 15:49:05 | | Aceito |
| Outros | questionario.docx | 07/05/2018 15:47:53 | FRANCISCO OSCAR DE SIQUEIRA FRANÇA | Aceito |
| Outros | Fomulario.pdf | 07/05/2018 15:44:10 | FRANCISCO OSCAR DE SIQUEIRA FRANÇA | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_rosto.pdf | 07/05/2018 15:43:51 | FRANCISCO OSCAR DE SIQUEIRA FRANÇA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Carta_de_Anuencia.jpg | 30/01/2018 17:45:45 | FRANCISCO OSCAR DE SIQUEIRA FRANÇA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de | TCLE.docx | 30/01/2018 17:38:55 | FRANCISCO OSCAR DE SIQUEIRA FRANÇA | Aceito |

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 36
Bairro: FACAMBUL CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep_fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.726.126

| | | | | |
|---|-------------|------------------------|--|--------|
| Ausência | TGLE.docx | 30/01/2018 17:38:55 | FRANCISCO OSCAR DE SIQUEIRA FRANCA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.doc | 30/01/2018 17:38:29 | FRANCISCO OSCAR DE SIQUEIRA FRANCA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 21 de Junho de 2018

Assinado por:

María Aparecida Azevedo Kolke Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 38
Bairro: FACAEBSU CEP: 01.245-900
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3093-4401 E-mail: cep_fm@usp.br

9 REFERÊNCIAS

9 REFERÊNCIAS

1. Daniel VS, Daniel, TM. Testament biblical references to tuberculosis. *Clin Infect Dis* [Internet]. 1999 [cited 2020 Oct 20]; 29:1557-58. doi: <https://doi.org/10.1086/313562>.
2. Cambau E, Drancourt M. Steps towards the discovery of Mycobacterium tuberculosis by Robert Koch, 1882. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 27]; 20(3):196-201. doi: 10.1111/1469-0691.12555. 24450600.
3. Esmail H, Barry CE, Young DB, Wilkinson RJ. The ongoing challenge of latent tuberculosis. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* [Internet]. 2014 [cited 2020 oct 29]; 369 (1645):20130437. doi: <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0437>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Barros PG, Pinto ML, Silva TC, Silva EL, Figueiredo TM. Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001-2010. *Cad. saúde colet.*, (Rio J.) [Internet]. 2014 [citado 15 Jun. 2020]; 22(4):343-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040007>.
7. Who. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2020* [Internet]. Geneva; 2020 [cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
8. Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Med (São Paulo)*. 2014; 93(2):83-9.
9. Hershkovitz I, Donoghue HD, Minnikin, DE, Besra GS, Lee OY, Gernaey AM, et al. Detection and molecular characterization of 9,000-year-old

- Mycobacterium tuberculosis* from a Neolithic settlement in the Eastern Mediterranean. *PLoS ONE* [Internet]. 2008 [cited 2020 Nov 04];3(10):e3426. doi:10.1371/journal.pone.0003426. Epub 2008 Oct 15.
10. Yon Ju Ryu MD. Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis: Recent Advances and Diagnostic Algorithms. *Tuberc Respir Dis* (Seoul) [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 14];78(2):64-71. doi:http://dx.doi.org/10.4046/trd.2015.78.2.64
 11. Lawn SD, Nicol MP. Xpert® MTB/RIF assay: development, evaluation and implementation of a new rapid molecular diagnostic for tuberculosis and rifampicin resistance. *Future Microbiol* [Internet]. 2011 [cited 2020 Oct 11];6(9):1067-82. doi:10.2217/fmb.11.84.
 12. Abubakar I, Pimpin L, Ariti C, Beynon R, Mangtani P, Sterne JA, et al. Systematic review and meta-analysis of the current evidence on the duration of protection by bacillus Calmette-Guérin vaccination against tuberculosis. *Health Technol Assess* [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 21];17(37):1-372. doi:10.3310/hta17370.
 13. Brasil. Sistema de Informação sobre Mortalidade - Sim. *Mortalidade*. [internet] [Citado 12 Nov. 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ce.def>
 14. Sinan. *Tuberculose - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net, 2019*. [Internet]. [citado em 12 nov. 2020]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2014 [citado em 18 Nov. 2020];44(2). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>.
 16. Batliwala S. The meaning of women's empowerment: new concepts from action. In: G Sen, A. Germain & LC Chen (eds.). *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights* [Internet]. Boston: Harvard University Press. 1994 [cited 2020 27 Aug];127-138. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101061755>.
 17. Granjeiro A. O perfil socioeconômico dos casos de AIDS da cidade de São Paulo. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS et al, organizadores. A

- AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; IMIS-UERJ; Relume Dumará;1994.91-125.
18. Mann J, Tarantola DJ, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R, Galvão J, Pedrosa JS (orgs.). *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará;1993.276-300.
19. Nichiata LY, Bertolozzi MR, Gryscek AL, Araújo NV, Padoveze MC, Ciosak SI, et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 [citado em 19 nov. 2020];45(spe2):1769-73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800023>.
20. Pedruzzi BM, Valente GS, Pereira ER, Andrade RC. Perfil socioeconômico e sociodemográfico de pacientes com Tuberculose no sudeste do Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. baiana saúde pública*. 2013;37(3):618-28.
21. Silva DM, Souza SS, Meireles BS. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. *Texto & contexto enferm*.2004;13(1):50-6.
22. Mattosinho MM, Silva DM. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. *Rev. Latino-am. enferm*. 2007; 15(6).
23. Trad LA, Tavares JS, Soares CS, Ripardo RC. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2010;26(4):797-806.
24. Cabral AL, Martinez-Hemáez A, Andrade EI, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011;16(11):4433-42.
25. Alves PC, Souza IM. A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM; Alves PC; Souza IM. (org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999;125-38.
26. Ide CA, Chaves EC. A questão da determinação do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enf. USP*.1990;24(1):163-7.
27. Ayres JR. *Sobre o risco: para compreender a Epidemiologia*. São Paulo: Hucitec;1997.

28. Ayres JR, Paiva V, França-Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos [mimeo]. *In Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/AIDS no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos*. NEPAIDS, SP; 2020.
29. Bertolozzi MR, Nichiata LY, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2009 [citado em 12 Dez 2020];43(n.spe2):1326-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>.
30. Sanchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;12(2):319-24.
31. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
32. Bertolozzi MR. *A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no Município de São Paulo* [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
33. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa. Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano Estadual de Saúde 2020 2023*. Recife;2019.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Cidades e Estados. *Recife (PE)* [Internet] [citado 02 Dez.2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>.
35. Recife. Prefeitura da Cidade do Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. *Plano Municipal de Saúde 2018 2021*. Secretaria de Saúde do Recife;2018.
36. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. *Hospital Otávio de Freitas* [Internet] [citado 27 Nov 2020]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-otavio-de-freitas>
37. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.229p.

38. Santos ÁN, Santos MR dos, Gonçalves LVP. Perfil epidemiológico da tuberculose em uma microrregião da Bahia (2008-2018). *Rev. Bras. Saúde Funcional* [Internet]. 20 de abril de 2020 [citado 18 dez. 2020];10(1):29. Disponível em: <http://www.seer-adventista.com.br/ojs3/index.php/RBSF/article/view/1234>
39. Roveda WM, Mendonça MA, Godinho JR, Ceccatto CP, Fregona G, Wittmer VL, et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos com tuberculose em um centro de referência terciário e fatores associados aos resultados da baciloscopia e da radiografia do tórax. *REAS/EJCH* [Internet]. 2020 [Citado 19 Out 2020]; (51):e3700. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3700.2020>.
40. Gonçalves H, Costa JS, Menezes AM, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde Pública* [Internet], Rio de Janeiro.1999 [citado 20 Nov 2020];15(4):777-87. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400012>.
41. Bertolozzi MR, Takahashi RF, França FO, Hino P. A ocorrência da tuberculose e sua relação com as desigualdades sociais: Estudo de revisão Integrativa na Base PubMed. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2020 [citado 28 Nov 2020];24(1):e20180367. Epub Nov 28; 2019. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0367>
42. Marx, Karl. *O capital (ao alcance de todos)*. Rio de Janeiro: Cátedra;1986.
43. Zuim RC, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2018 [citado 25 Nov 2020];28(2):1-19. Epub Aug 13, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280205>.
44. Macedo LR, Maciel EL, Struchiner CJ. Fatores associados à tuberculose na população privada de liberdade no Espírito Santo. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 19 Out 2020];54:67. Epub Jul 03, 2020. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001818>.
45. Sreeramareddy CT, Panduru KV, Menten J, Van den Ende J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2009 Jun 11 [cited 2020 Nov 28]; 9:91. doi: 10.1186/1471-2334-9-91.

46. Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Nov [citado 09 dez. 2020]; 24(11): 2487-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100004&lng=en.
47. Ugarte-Gil C, Bachtli A, Katharina R, Anca LR, Raspati CK, Stephanus TM et al. Diabetes mellitus among pulmonary tuberculosis patients from four TB-endemic countries: the TANDEM study. *Clin. infect. dis.* 2020; 70 (5):780-88.
48. Cruz VD, Harter J, Oliveira MM, Gonzales RIC, Alves, PF. et al. Crack consumption and tuberculosis: an integrative review. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.* 2013; 9(1):48-55.
49. Kleinman, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc. Sci. & Med.* 1978; 12:85-93.
50. Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde M. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2012 Abr [citado em 09 Dez. 2020]; 38(2): 202-09. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000200009&lng=en. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132012000200009>
51. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2020 [Citado 18 Dez. 2020];25(4):1475-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
52. Loureiro RB, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Peres RL, Braga JU, Zandonade E, et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2014 Abr [citado 27 Dez 2020];19(4):1233-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401233&lng=pt
53. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac.*

- Nac. Salud Pública* [Internet]. 2013 Dec [cited 2020 Dec 09];31(Suppl 1): 13-27. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en.
54. Freitas IM, Crispim JA, Pinto IC, Villa TCS, Brunello MEF, Pinto PFPS et al . Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2012 Sep [citado 14 Dez 2020];21(3): 642-49. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300020&lng=en
55. Freitas IM, Popolin MP, Touse MM, Yamamura M, Rodrigues LBB, Santos NM et al. Factors associated with knowledge about tuberculosis and attitudes of relatives of patients with the disease in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 June [citad 2020 Dec 10];18(2)326-40. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000200326&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500020004>.
56. Pôrto A. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2007 Sep [cited 2020 Dec 10];41(Suppl 1): 43-9. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800007&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000800007>
57. Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2001 [citado 11 Dez 2020] ;17(4): 877-85. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400021&lng=en.

58. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2011 Set [citado 11 Dez 2020];20(3): 599-606. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300023&lng=en.
59. Gerhardt, TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior, AG, organizadores. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc/lms/UERJ-Abrasco; 2016.
60. Martins PV, Iriart JAB. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis* [Internet]. 2014 Mar [citado 16 Dez 2020];24(1): 273-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100273&lng=en.
61. Gerhardt T. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Nov [citado 21 Dez 2020];22(11): 2449-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019&lng=pt.
62. Dantas DNA, Enders BC, Queiroz AAR, Coura AS, Silva MPM, Menezes RMP. Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2014 Set [citado 22 Nov 2020];35(3): 75-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300075&lng=en.
63. Paiva RCG, Nogueira JA, Sá LD, Nóbrega RG, Trigueiro DRSG, Villa TCS. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2014 [citado 16 Dezembro 2020];16(3):520-6. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/23491>
64. Quintero MCF, Vendramini SHF, Santos LSG, Santos MR, Gazetta CE, Lourenção LG, et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. *Rev. salud pública* [Internet]. 2018 Fev [cited 2020 Nov 11];20(1): 103-9. Available from:

- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000100103&lng=es.
65. Lozano SJL, Plasencia AC, Ramos AD, García Díaz RC, Mahíquez LOM. Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba. *MEDISAN* [Internet]. 2009 Feb [cited 2020 Dez 19];13(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100007&lng=es.
66. Protti ST, Silva LMC, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Neto A, Nogueira JA et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2010 Set [citado 18 Dez 2020];44(3): 665-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300016&lng=en.
67. Muller GS, Faccin CS, Silva DR, Dalcin PTR. Associação entre apresentação radiológica e tempo decorrido para o diagnóstico da tuberculose pulmonar no serviço de emergência de um hospital universitário. *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2020 [citado 17 Dez 2020];46(2): e20180419. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132020000200204&lng=en. Epub Mar 02, 2020.
68. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, CSIt, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2009 Dez [citado 13 Dez 2020];43(spe2):1326-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=pt.
69. Siqueira SMC, Jesus VSC, Climene L. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2016 [citado 18 Dez 2020]; 21(1):179-89. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>>. Epub Jan 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>.

70. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 2.436, de 21 de setembro de 2017
Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2017 22 Abr.; Seção 1:68.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 4.279, de 30 de dezembro de 2010.
Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2010 31 Dez.; Seção 1:88.
72. Brasil. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos.
Emenda Constitucional n 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2016 16 Dez.; Seção 1:2.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FRASES TEMÁTICAS DOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADO A

- A.1 “Vixi, passou muito tempo, acho que uns 5 meses.”
- A.2 “Procurei o hospital no mesmo dia que começaram as dor.”
- A.3 “Quem me deu apoio mesmo foi minha mãe, só minha mãe.”
- A.4 “Eu comecei sentindo dor, emagrecimento, febre, essas coisas. Era uma dor que não passava e que só ia aumentando, eu não aguentava de dor.”
- A.5 “Eu passei foi 5 meses já doente e nada mudou, é muita dor, nada passa, toda medicação de dor não funciona, eu não aguento mais.”
- A.6 “Eu senti a dor, fui pro hospital. Chegou no hospital pensaram que era linfoma. Aí vim pro hospital do Câncer e agora eu tô aqui. Aí eu passei nuns quatro, cinco hospitais.”
- A.7 “Só o da Casa de Saúde que a gente fez uma biópsia particular.”
- A.8 “Fui pro Hospital de Tabira, depois o de Afogados da Ingazeira, aí depois o hospital... Aí eu fui para o Hospital do Câncer e aqui.”
- A.9 “Não fizeram nada em nenhum hospital, nenhum fez nada ainda.”
- A.10 “Exame só fez aqui e em Afogados que foi pago.”
- A.11 “Tava no trabalho.”
- A.12 “Aí eu senti as dor. Cheguei lá fui pro hospital de lá, aí ninguém resolvia, pensaram até que era HIV. Aí eu fiquei preocupado e fui embora pra casa. Cheguei em casa. Eu fiz o exame, particular. Aí de lá eu fui transferido até aqui. Aqui eu fiz um monte dos exame, mas não resolveu nada até agora.”
- A.13 “É muita dor, só o que eu sinto é dor.”
- A.14 “As minha força acabou aqui. Eu num acredito mais aqui não.”
- A.15 “Eu tô com dor, peço o medicamento e eles fala que não pode dá.”
- A.16 “Eles tão me dano morfina, mas é de horário em horário, mas nesses decorrer do horário eu sinto minha dor. Eu peço ajuda, socorro e eles fala que não pode fazer mais nada por mim.”
- A.17 “Todos deu resultado positivo.”
- A.18 “Que eu não tenho nada tão grave assim. E se eu não tenho nada tão grave, aí por que eu tô assim?”
- A.19 “De dificuldade eu tive de acesso, locomoção... É... Atendimento.”
- A.20 “Ah, fiquei um dia na porta esperano e uma noite dormino pra ser atendido. Cheguei aqui fui parar numa sala que só tinha presidiário e pessoas morreno. Passei dezessete dia de fome.”
- A.21 “Eu vim fazendo transferência de ambulância pra ambulância.”

- A.22 “Eu cheguei pra ser internado, mas foi igual como eu falei... Eu fiquei em duas sala ali e em uma sala que era muito ruim e antes de eu entra pra dentro do hospital eu fiquei dormino lá fora dois dia, um dia e meio.”
- A.23 “Não explicaram como ia ser o tratamento não, sei que eu tô tomano os remédio.”
- A.24 “Pra mim quando eu conheci a tuberculose existia uma doença que dava no peito, era transmitível, que tinha tosses, é... Catarro. Esse era o meu vê da tuberculose, mas aí ele (o médico) falou que existe outos tipo.”
- A.25 Não sei nem como, nem por quanto tempo se trata, não sei de nada, sei que eu quero ficar bom disso.”

ENTREVISTADO B

- B.1 “Tudo eu faço um pouco.”
- B.2 “Meu pai é aposentado. Minha irmã trabalha em banca de bicho.”
- B.3 “Mas, no momento que eu tô doente eu me sinto uma pessoa assim envergonhada de tá no meio da família por precaução de transmitir o pobrema que eu tenho pra outros que eu não quero... que o que eu tenho eu não quero transmitir pra ninguém.”
- B.4 “Fumar, eu nunca fumei cigarro não, viu?! Nunca fumei cigarro não que vim fumar cigarro depois que comecei a usar droga.”
- B.5 “Era como era uma medicação um vêi (vez) que eu não fumava eu ficava doente.”
- B.6 “Eu num sabia fumar não (na intenção de dizer que fumava demasiadamente.”
- B.7 “Há dez anos, eu tive ela tive da primeira vez.”
- B.8 “Tava no presídio preso há dez anos.”
- B.9 “Fiz os exame de escarro deu positivo. Me tratei durante três meses, parei através da perca da minha mãe. Perdi minha mãe. Parei do tratamento.”
- B.10 “Me sentia uma cara bem. Através de muita droga química também, né? A força da droga num tava deixando ela atacar não.”
- B.11 “Me soltei, num deixei as droga, continuei, continuei. Passei uns tempo também durmino pela rua, passei uns tempo durmino pela rua. Apesar de que eu tinha o apoio da minha família, mas eu num tava quereno.”
- B.12 “Eu trabalhava, pesava quarenta e sete quilo, mas eu conseguia levantar cem quilo na cabeça, trabalhei recicragem, então, saí desse trabalho, não parei de usar droga e, deixei a esposa, através da droga mesmo e, comecei a me sentir fraco, aquele cara, aquela pessoa que gosta de fazer as coisa e no momento não tava conseguino.”
- B.13 “Tipo assim, eu gosto de caminhar, mas quando eu abria os olho de manhã eu não conseguia caminhar, eu me sentia uma cara, comecei a me sentir um rapaz preguiçoso.”

Apêndices

- B.14 “E nisso daí eu num saía, nem conseguia me alimentar e nem beber água nem nada. Ao beber da água eu gritava, isso aqui meu não descia nada (mostrando a garganta), só saía, só saía, muita secreção.”
- B.15 “Tive febre, tosse, esmagreci muito, cansaço, indisposição, num tinha apetite para nada.”
- B.16 “Um cansaço muito forte, que nem eu ainda sinto hoje, né? Um cansaço muito forte.”
- B.17 “Eu pensava que dentro de mim não era uma doença, eu não sabia que era doença, eu imaginava que era um bicho me cumeno que eu cheguei até a pegar a ponta da faca e encostar na minha garganta pra querer rasgar e meu pensamento era tirar aquele bicho e ficava tudo normal.”
- B.18 “Aí chegou uma certa hora que Deus tocou no meu coração e disse assim: - Ou tu vai ou tu morre. Então eu peguei minha bolsinha com umas roupinha e me socorri sozinho. Me socorri.”
- B.19 “Primeiramente eu fiquei só. Aí depois eu pedi minha alta, me recolhi e disse: - Tem que procurar minha família que sozinho eu não vou conseguir. Aí procurei minha família, me apoiaram que nem tá apoiando que nem hoje e eu tô aqui nesse internamento.”
- B.20 “Pretendo sair quando eu tiver melhor que não adianta você sair sem estar bom.”
- B.21 “A gente tem que procurar o melhor pra gente.”
- B.22 “Procurei a UPA da PE-15, procurei, foi o primeiro foi esse, de lá eu vim pra cá.”
- B.23 “Lá mesmo descobriu, não demorou não foi jogo foi muito rápido.”
- B.24 “Meu parecer, minha presença já sabia que eu tava doente. Já vim pra cá encaminhado e com o pobrema puquê aqui é o único hospital que cura.”
- B.25 “Eu me sentia doente, eu me sentia doente, mas como eu falei que a droga era como se fosse um remédio. Quando eu fumava eu me sentia bem. Aí não sabia a consequência do que tava acontecendo por dentro.”
- B.26 “Eu sabia que eu tava com um pobrema, mas eu num ligava. Quando eu procurei a ligava foi agora há sete meses atrás. Sete meses atrás eu procurei medicar, vim pra cá pro Otávio de Freitas, passei doze dias, peguei minha alta, foi quando eu procurei meus pais, com meus medicamento pra tumá em casa, mas não teve jeito.”
- B.27 “Em casa a tendência tava seno só esmagrecer, me alimentando bem e só esmagrecendo, não podia me movimentar que eu cansava.”
- B.28 “Chegou uma certa hora que eu pedi pra minha madrasta procurar um hospital mais próximo, né? Ela me levou pra UPA de Peixinho, da UPA de Peixinho eu vim transferido pra cá há três meses, já vai fazer e faz três meses, quase três meses que eu tô por aqui, lutano, né? Me tratano, ganhei uns peso, mas a doença continua me incomodano.”
- B.29 “Quando eu procurei minha família, tão me apoioano, né?”
- B.30 “Minha família é pequena, é como eu falei só são esses que moram em casa mesmo, seis, sete comigo, só são eles.”
- B.31 “Eu tava com um pobrema, não ligava, só queria saber de droga, revoltado com a vida através de ter deixado a mulher, levando muito sol, não ligando, chegando a momento

Apêndices

de dormir até no meio da rua, em parada de ônibus, em integração, beira de pista, levanto relento, até chegar ao ponto que eu não conseguia aguentar mais.”

- B.32 “Quando eu não aguentei mais foi quando eu peguei minha roupa, peguei minha roupa, minha roupa não né? Que agora é que eu tenho lençol, que eu nem tinha que minha família me deu. Peguei minha três bermudinha, duas camisa, botei na bolsa e saí me arrastano. Eu dava dois pacinho, me sentava. Ia como daqui na enfermaria ali (cerca de 15 metros) me sentava que me deitava no meio da rua que não tava aguentando a canseira.”
- B.33 “Lá eu passei uns dia, passei uns dia, fui transferido pra cá. Daqui eu peguei alta.”
- B.34 “Procurei meus pais e depois meus pais conseguiu falar pra mim que se eu ficasse em casa eu ia morrer. Então, e eu sabia disso. Aí foi quando eles me botou na UPA de Peixinho, me levou à UPA de Peixinho, da UPA de Peixinho eu fui transferido pra cá e tô aqui até hoje, há três meses.”
- B.35 “Fez todos os exame. AIDS, glicose, era mais AIDS e glicose e sangue, né? Pra saber se eu tinha a tuberculose mesmo. Raio-X e medicação até chegar minha transferência pra cá.”
- B.36 “Tomava soro, tomei soro, cheguei a tomar soro e antibióticos. Eu não sei o nome.”
- B.37 “Deu o medicamento da tuberculose e tá me dando atenção até hoje.”
- B.38 “Na UPA só fizeram exame de sangue, urina, fiquei no oxigênio, raio-x, me transferiram pra cá.”
- B.39 “Até hoje eu encontro esse cansaço que não tá saindo, a tosse.”
- B.40 “Exame de escarro, acusou no escarro, acusou no sangue, acusou no raio-x.”
- B.41 “Acusou na situação que eu me encontrava, já entrei logo nos medicamento.”
- B.42 “Quando eu adoeci eu não liguei, a droga era o meu remédio, chegou um tempo que eu não consegui nem droga nem nada.”
- B.43 “Tenho que tomar o medicamento nas hora certa, tenho que me alimentar. Essas duas orientação mais dada, né? Pra todos que tem esse problema.”
- B.44 “A tuberculose hoje pra mim ela é uma doença que existe cura, mas é muito difícil você resistir e tem uma coisa que incomoda muito, incomoda muito tanto no cansaço como na tosse, na fraqueza, é uma doença que fica difícil até de explicar, entendeu?”
- B.45 “Fraqueza, perca de pulmão, de órgão, né? Fraqueza, perca de órgão, cansaço, uns escarram sangue, outros escarram catarro, até levar a morte.”
- B.46 “Eu tô tratano ela através de uns remédio que são muito bom. Não existe em farmácia, quem dá é o governo e que se você não tomar, porque você não quer tentar, né? Se curar, né?”
- B.47 “Uns toma quatro comprimido, outros toma três. Outros muda de fase pra outro medicamento.”
- B.48 “Eu fiz os exame de escarro aqui, essa tuberculose já deu negativa. Em mim ela deu negativa, mas eu continuo tossino e com o cansaço, através de muita perfuração no meu pulmão, já sofri por outros, antes dela eu já tive outros problema pulmonar, como levei

nove facada, tive que drenar os dois pulmão, isso já prejudicou o pulmão, né? Aí com tudo que veio agora a tuberculose aí juntou tudo, um órgão da gente não se cura assim tão fácil também e tô assim nessa luta, né?”

- B.49 “Um dia melhor, outro dia mais ou meno, pedino sempre a Deus que não caia na pior. Muita vontade de me curar e ir pra casa como eu já tô em tempo de ir pra minha casa, mas não consigo.”
- B.50 “Não é porque eu tô perdendo a memória, não é porque eu sou doido, é porque eu tô achando que eu num, que se eu chegar em casa vou continuar nos meus tratamento, igual eu tô eu faço aqui, mas não vou resistir através do cansaço, que ele não tem hora pra atacar. Ele tanto faz atacar aqui numa caminhada que eu der, como aqui eu tô conversando com o senhor, ele pode atacar também e ele é de momento. Ele não escolhe lugar nem hora não, nem avisa. Ele vem de repente, faltando ar e tampando a respiração.”

ENTREVISTADO C

- C.1 “Eu comecei tossindo, né? Uma tosse muito constante, aí comecei a ficar cansada, aí depois que eu quis começar a ficar cansada até então não tinha procurado um médico. Depois que eu comecei cansar aí fui procurar o médico.”
- C.2 “Procurei assim, farmácia, né? Pra ver se as pessoa me ajudavam assim com remédio caseiro, mas não serviu de nada.”
- C.3 “É porque eu vim para casa de uma família, né? Então, da família foi que eu vim pra cá com o próprio dono da casa.”
- C.4 “De eu sentir as coisas e vim para o hospital eu passei uns 5 meses,”
- C.5 “Tive apoio da minha família, do meu sobrinho, do meu sobrinho.”
- C.6 “Até eu descobrir, foram uns dois meses. Faz cinco meses que eu tava com o problema, assim, tosse, essas coisa tudo, aí depois com uns dois meses foi que eu vim descobrir e começava a ficar cansada, aí foi quando eu procurei o serviço.”
- C.7 “Foi muita tosse, uma fraqueza, eu fiquei sentindo uma fraqueza, mas eu pensava que era da tosse mesmo porque eu não tava me alimentando, né? Aí eu comecei com aquela tosse, depois veio o cansaço, aí eu parei de me alimentar direito de verdade, aí pronto, foi quando eu procurei os médico. Aí foi feito o exame, né? Os exame, broncoscopia e pronto.”
- C.8 “Foi no Manoel Gomes lá no Cabo ,um posto de saúde que tem. Passei lá, aí passei um mês com um médico lá, aí ele me encaminhou pra aqui para fazer exames.”
- C.9 “Só medicação mesmo, aí quando eu cheguei aqui, aí eles me solicitou os exames, foi quando eu vim fazer aqui.”
- C.10 “Pronto, a farmácia lá onde eu moro, Catende, a farmácia de Claudio, aí a maternidade de lá também o médico cubano.”

Apêndices

- C.11 “Não, só assim, nebulização, aí só. Que passavam remédio e mandavam pra casa.”
- C.12 “Azitromicina e inalação mesmo que passava, só.”
- C.13 “Foi quando eu tava só piorando, aí eu vim pra casa da minha cunhada e de lá meu sobrinho trouxe no Cabo, nessa UPA, né? Aí da UPA me encaminharam pra cá. Pra fazer os exames, né? Depois eu fiz os exame, aí o resultado dos exame aí eu voltei pra Catende quando eu fiz a broncoscopia, quando cheguei com a broncoscopia aí acusou a tuberculose, aí eu voltei para o médico de Catende, aí ele passou a medicação da tuberculose, aí eu comecei a tomar em casa. Com quatorze dias que eu tava tomando a medicação eu fiquei toda intoxicada. Aí, eu vim pra cá intoxicada e fiquei internada.”
- C.14 “Deixa eu ver aqui. Isoniazida mais Rifampicina. Aí eu vim tomar Etambutol que foi o que eu intoxiquei em casa, intoxiquei com ele. Aí foi suspenso. Aí agora eu tô tomando o Rifampicina com Isoniazida em comprimido, né? Aí tô fazendo agora esse Estreptomicina que é injetável, acho que tive a alergia, né? Os comprimido aí agora eu tô tomando esse agora, faz três dias que eu tô fazendo ele.”
- C.15 “Até então, que, como eu ouvia falar, não aconteceu comigo, por isso que eu não sabia que era tuberculose que eu tava.”
- C.16 “Muitos diziam que tinha febre, febre, tinha dor, e eu não tinha nada disso. Tinha fastio. Fastio que eu vim ter foi quase perto de vim pra cá, mas até então para ser descoberto como tuberculose eu não tinha os sintomas. Aí a tuberculose hoje é poblema no pulmão, né? Inflamação no pulmão, né?”
- C.17 “A gente trata com alimentação e com remédio por seis meses, né?”

ENTREVISTADO D

- D.1 “Eu sofri um acidente de moto. Eu tava trabalhando fichado, me acidentei de moto e perdi a visão. Só que eu tava muito doente, passei, passei uns sete mês, seis mês em casa, curtindo dor, curtindo dor, era dor, tosse, catarro, escarrava, ficava na minha janela no quarto, me acocorava, me assentava na janela do quarto, começava a tossir muito, escarrano catarro, escarrei sangue vivo, mas só que eu tinha medo de vim pro hospital.”
- D.2 “Minha esposa, minha mãe, os menino chamava pra ir pro hospital e eu dizia que não ia que eu não queria aperiari ninguém”
- D.3 “Eu sabia que se eu viesse eu ia ficar hospitalizado, agora não tinha ideia do que era isso.”
- D.4 “Nunca vi ninguém com tuberculose, nem nunca cheguei a ter. Primeira vez, primeira vez que eu vim.”
- D.5 “Aí, fumava droga, eu não vou mentir, fumei droga até um dia desse antes de vir pra cá.”
- D.6 “Mas, só que chegou um tempo que eu cansei. Dia de domingo eu tava em casa e cansei, fiquei sem ar. Do nada fiquei sem ar.”

Apêndices

- D.7 “Quando eu cheguei em Vitória no João Muliro de Oliveira, quando cheguei lá aí me deram umas medicação tudinho, passei uns quato (quatro) dia lá, aí disseram que ia enviar eu praqui que se não enviasse eu ia morrer lá em casa.”
- D.8 “Disseram que ia enviar eu praqui que se não enviasse eu ia morrer lá em casa. Se botasse eu pra casa eu ia morrer.”
- D.9 “Eu tava mal e eu num tinha lógica de nada, logica de nada, de nada que tava acontecendo, mas eu sabia que tava muito doente e grave, só não sabia que ia passar por isso.”
- D.10 “Ai foi o tempo que passei uns quato dia lá aí foram tirar a minha pressão, tiraram minha pressão, de lá que eu descobri que tinha diabete também, nunca tive também. Descobri que tinha diabete, aí vim pra cá, cheguei aqui fui bem atendido e tô aqui tomando medicação.”
- D.11 “Oh, eu senti muita dor, muita dor.”
- D.12 “Dor no peito, do lado aqui. Do lado do pulmão, respiração fraca, cansaço contínuo, muita tosse, muito catarro, escarrar sangue eu só escarrei uma vez só, sangue vivo, há uns sete mês atrás.”
- D.13 “Eu vim pra cá por causa do cansaço.”
- D.14 “Apoio mesmo só da minha esposa. Foi ela que me trouxe, ela que me trouxe na junta médica.”
- D.15 “Eu sabia que eu tava muito doentado e eu sabia que se eu viesse eu ia ficar internado, agora não tinha lógica de que era a doença, eu sabia que eu tava doente, agora não sabia o que era.”
- D.16 “Simplemente, eu vivia em casa bebendo todos os dia, fumava demais, demais, demais, demais memo, fumava aqueles Trevo (fumo). Era um pacote daquele por mês, selado. Um pacote de Trevo selado por mês. Fumava demais. Bebia muito.”
- D.17 “Um pacote de trevo dá pra mais de duzentos. Tem nem noção, num tô dizem? Fumava demais, nem um locomotiva fumou mais de que eu não. Beber, bebia só cachaça, nada... Tomava uma ceveja assim de vez em quando assim.”
- D.18 “Meu negócio era só cachaça, num comia, era só goiaba verde, acelora (acerola) verde com cana, cachaça pura. Cachaça, num tinha mais mistura de nada. Bebi muito, até o período de vim aqui.”
- D.19 “Que quando eu cansei foi num domingo, num sábado eu bebi. Bebi, mais ou menos, uns dois litro de cachaça. Quando foi no domingo, faltou ar, ai foi quando eu procurei ajuda médica. Aí bebi muito, fumei droga bebendo, maconha fumava demais.”
- D.20 “Fumei droga junto com os menino. Só procurei porque não aguentei.”
- D.21 “Lá eles me deru uns remédio lá, uns diagnóstico, mas num sabia com que eu tava aí me disseram que tinha transferir eu pra cá porque se não transferisse eu ia chegar a morrer.”
- D.22 “Se informaram foi à minha esposa. A mim não.”

Apêndices

- D.23 “Aqui foi que a médica disse que eu tava com suspeita. Era suspeita de tuberculose e ia fazer uns exame pra vê. Aí foi quando fez os exame aqui e foi diagnosticado tuberculose. Eu tô sabendo assim, né? Se tem um avanço a mais eu não sei.”
- D.24 “Exame de sangue, mei mundo de coisa, sangue, sei lá porque pra dizer assim eu não tenho mentalidade não.”
- D.25 “Eles falam tudinho à minha esposa. Porque tem hora que eu não escuto direito não.”
- D.26 “Encontrei a barreira só de dores. Muita dor, passei muito tempo com muita dor em casa guardado sem querer vim, muito, muito tempo mesmo, uns sete, uns seis, de seis a sete mês, só dor sem querer vim pro hospital.”
- D.27 “Aí cheguei aqui, fui diagnosticado, Graças a Deus. Tem umas dozinha, mas antes, quanto cheguei logo aqui. Mas depois que fui medicado parou.”
- D.28 “É, foi colocado o dreno pra obstruir umas mancha que tem no pulmão, que o pulmão tava muito afetado, aí colocaram um dreno no pulmão. Colocaram não, tô com o dreno no pulmão para tirar as secreção mau que tá até ele limpar, tô com ele.”
- D.29 “O doutor falou, orientou, ele me explicou, disse tudim, que ia colocar o dreno pra drenar, tirar o enfisema que tinha dentro, porque tava muito, muito muito, muito, tava muito sujo o meu pulmão tava de uma jeito que só Jesus tinha pena.”
- D.30 “Eles disseram que eu só ia sair daqui quando eu tivesse bom.”
- D.31 “A noção é que eu sei que tuberculose é uma coisa do pulmão.”
- D.32 “O pulmão tá ruim, tá todo manchado devido às cachaça, devido muito cigarro que eu fumei, devido umas droga também que eu fumei e, noite de sono, farra, sem cumê, num tinha, num cumia. Passava dois, três dia sem cumê só tumano cachaça com fruta verde com sal. Isso aí foi o que o que eu sei que causou essa tuberculose.”
- D.33 “Tô sabendo agora porque eu tô tumano as medicação agora assim, eu tô me tratano.”
- D.34 “Eu não sei quais os remédio não, mas sei que são os correto, confio no povo daqui!”
- D.35 “Rapaz, aí é coisa que eu não sei dizer, porque bebi tanto tempo, desde os meus treze ano e fumar também.”
- D.36 “Tô morreno mesmo, vamo simhora.

ENTREVISTADO E

- E.1 “Eu trabalhava, eu tava atuando trabalhando na radiologia. Mas, só como me ofendeu eu tava afastado de lá.”
- E.2 “Aí eu tava trabalhando no necrotério, despachando o corpo, né? Aí passei a trabalhar numa casa funerária.”
- E.3 “Eu sou diabete, aí a imunidade já baixa e eu num tava com o medidor pra medir a gricose aí eu acho que tava assim meio aberto, aí adquiri essa doença.”
- E.4 “Não me amostrou sintoma de nada, nem febre, nem dor, nem tosse, nem nada, sinal nenhum.”

Apêndices

- E.5 “Depois com muito umas três semanas, aí começou a aparecer um pigarrozinho, esse pigarro foi irritano, irritano, de manhã quando eu me acordei que tava de plantão, que me acordei de manhã fui butano sangue vivo, boca e nariz.”
- E.6 “Depois começou a irritando a garganta só aparecendo aquele sinal de pigarro e não vinha com sangue e eu só à noite teno febre, não apareceu de tarde, nada, só à noite que aí começava os corpo doer, aparecer febre, aí tomava uma dipirona, quando era de manhã no dia seguinte, eu acordava aí o lençol tava suado, parecia que tava debaixo de um chuveiro e eu depois foi que eu de mim mesmo tirar, medir o peso, aí percebi que eu estava perdendo peso.
- E.7 “Essas dores constante, essa febre e comecei a observar o peso.”
- E.8 “Aí eu mermo, pela minha conta, teno essa febre tudinho, sem tosse sem nada, aí decidi tirar um raio-x. Eu trabalhava na área. Aí quando assim que eu tirei o raio-x eu vi a lesão no lado direito.”
- E.9 “Trouxe pra pneumo, uma colega minha marcou aqui com a Dra. Andrea aí ela percebeu, fez o tratamento. Comecei na segunda dosagem já com ela.”
- E.10 “Eu fui até o lavador de roupa, aí quando eu comecei a tossir era sangue direto sem parar, como eu trabalhava na área fiquei desconfiando que podia ser heminoptise, né? Aí começou direto.”
- E.11 “Aí quando foi de, eu cheguei aqui no hospital, eu moro ali na frente era umas três horas da manhã, cuspiendo sangue. Quando cheguei que passei, cheguei na área vermelha, aí não teve mais sangramento, foi observado pelo médico, avaliado tudinho.”
- E.12 “Eles fizeram o procedimento certo e me botaram no corredor na observaçãozinha. Quando foi de manhã me passaram um raio-x seguinte a mesma coisa que eu tinha feito. Mesma coisa, mesmo canto, nem cresceu nem subiu. Aí me botaram pra cá aí quando eu vim praqui, no outro dia seguinte eu comecei de novo, aí o sangue a continuar saindo. Depois me medicaram e passou até agora num tá teno mais nada, graças ao meu bom Deus, né?”
- E.13 “Procurei ninguém não, nesse dia eu mermo vim, quando eu vi o seguinte raio-x eu tive que procurar o especialista, né? Que era quem podia me resolver o pobrema.”
- E.14 “Foi, porque como você conveve trabalhando muito tempo na área você conhecer, né? E eu como tinha muitas experiência aí descobri. Aí vim diretamente eu procurei o especialista, né?”
- E.15 “ Eu moro na frente do hospital.”
- E.16 “Vamo butá que eu num vim pra médico nem nada, quando eu vim notar eu já tava com aquela, pelo que eu vejo, eu acho que já faz uns oito a quinze dia que eu já tava com ela.”
- E.17 “Ela evoluiu muito rápido, né? Porque num me amostrou sintoma nenhum, né? Porque o senhor entende, né? Porque essas doenças ela só ataca mais à tarde, no período da tarde, né?”

Apêndices

- E.18 “Eu num tava teno esses sintoma assim nesse período que eu conheço, né? O meu só foi da noite, as dore à noite e febre, dores e as febre, apesar de que eu já sou é diabete, ficou mais fácil ainda dela se aposar, né?”
- E.19 “Fui bem recebido e tratado muito bem, graças a Deus.”
- E.20 “Só a febre que eu tava sentindo constantemente, toda noite.”
- E.21 “Depois que eu mesmo foi que prercurei a tirar uma radiografia e vi. Aí eu decidi a procurar, teve o apoio de uma enfermeira aqui que me ajudou bastante que falou com a doutora, ela tava até largano e esperou por mim e me atendeu muito bem e tá atendeno.”
- E.22 “Bom, a doutora me examinou lá, na área vermelha. Não disse nada a mim, porque elas num diz, né?”
- E.23 “Solicitou raio-x, como eu já estava com heminopstise direto ela achou que eu já tava aí e tava me tratando com a doutora aí o que ela fez foi procurar me internar.”
- E.24 “Aí eu cheguei e quando eu me internei a doutora que tava me acompanho me deu a mão aí começou a firmar comigo me tratando.”
- E.25 “Olhe, aqui eu fiz raio-x, exame de sangue, não se o exame o sangue que fizeram, fizeram o teste do HIV também e os três BK, que deu as três cruz vermelha.”
- E.26 “Eu acho que ela deve me dizer a mim depois que talvez quando me der altar, ela pode conversar comigo e dizer como vai ser de hoje em diante que eu receber alta o procedimento do tratamento como vai ficar no ambulatório, né?”
- E.27 “Eu tava perdendo peso e botando sangue direto em casa e aqui também teve. Teve duas recaídas aqui, duas.”
- E.28 “A tuberculose é uma doença que se você agir com o tratamento certo você fica bom. Se você não agir com o tratamento você vai se debilitando e a chegar até a causa da morte, né?”
- E.29 “A tuberculose causa passar a hora de comer, de se alimentar, é o cigarro, é a bebida, a noite de sono, tudo isso é uma causa dela se apoiar da fraqueza do corpo.”
- E.30 “Bom, o tratamento da tuberculose regularmente é os medicamentos e você não sair do tratamento, né?”
- E.31 “Eu falei assim, o tratamento seja pelo um ano ou seis meses, no caso, vamo butá um ano e não sair da dieta certa que o médico passar é o tratamento feito.”
- E.32 “Eu queria saber com quantos remédios é.”
- E.33 “Aí vem que você sabe, pega a pessoa desprevenida a doença nunca pega você prevenido, né? E tive sim, porque eu também tava morando só e depois morando só também seja uma das causa da alimentação não tava tendo certo, né? Mas, agora que eu arrumei uma companheira tô convivendo e tem cinco mese que eu tô com ela.”
- E.34 “Olhe, eu num era viciado beber todo dia, todo dia. Algumas vezes, final de semana era cerveja, não deixa também de ser bebida, mas aviciado não.”
- E.35 “É como eu dizia minha droga que se invocavam comigo era beber e ter mulher lá fora. Era uma droga que eu tinha. “

ENTREVISTADO F

- F.1 “Febre e tosse.”
- F.2 “Ajuda mesmo eu tive da minha mãe.”
- F.3 “Quando eu senti isso a gente foi no posto médico que é tipo uma emergência.”
- F.4 “Só passavam dipirona e diziam que era uma virose.”
- F.5 “Uma vez? Eu fui umas oito vezes. Eu ia todo dia dotô.”
- F.6 “Nenhum passava exame, num passava nada. Só dizia que era virose e que eu ia ficar bem e pronto.”
- F.7 “Quando eu fui com minha mãe pra UPA aí que descobriram que eu tinha isso.”
- F.8 “O médico tinha acabado de dizer, mandar eu ir fazer um teste num postinho lá que tinha uma laboratorizinho pra tuberculose, de escarro. Quando ele mandou eu ir eu comecei a botar sangue, escarrar sangue. Aí ele me encaminhou pra cá.”
- F.9 “De exame eu fiz escarro, tomografia, raio-x, exame de sangue, só.”
- F.10 “Eu vim andando de lá até aqui, é perto da minha casa, eu não precisei gastar com nada não.”
- F.11 “De eu ir no posto a primeira vez até dizerem que era tuberculose passou uns 18 dia.”
- F.12 “Agora de eu me sentir doente e ir até o posto passou umas duas semanas.”
- F.13 “Eu fui trabalhar, senti uma febre, pegue e falei com o gerente e fui no posto médico. Chegando lá, ele (o médico) disse que era uma virose, me deu atestado de três dias, mandou eu ficar tomando dipirona em casa e me deu atestado, eu entreguei ao gerente e fui mimbora pra casa. Isso se repetiu uns 8 dias, até o dia, até de eu pegar e ir pra UPA. Aí na UPA o dotô descobriu que podia, fez exame de pneumonia e não era. Ele disse que podia ser tuberculose.”
- F.14 “Podia ser tuberculose, podia não ser, mas disse que precisava de um tratamento pra saber.”
- F.15 “Aí ele ia me encaminhar pra fazer exame de escarro, aí quando ele foi viu lá os dias que eu passei de atestado ele ia passar uns dias pra eu ficar em casa pra me tratar, aí eu escarrei sangue na hora, sangue, sangue, sangue. Aí ele pegou e me encaminhou pro Otávio de Freitas.”
- F.16 “Fiz vários tratamento, fiz raio-x, exame de sangue, e outros exame.”
- F.17 “Foi esses que eu disse ao senhor... Raio-x, exame de sangue, é... Tomografia e outros que eu me esqueci. Escarro.”
- F.18 “Em mim? De escarro, depois, raio-x, depois, me esqueci o nome, depois tomografia, depois exame de sangue esse tipo de tratamento.”
- F.19 “Num sei o nome dos remédio não. Tomo uns xarope. Ainda sinto febre”
- F.20 “Disseram que eu ia ficar bem, só bastava eu me cuidar certinho, tomar o remédio, ter compromisso, que tinha que tomar os remédio todo dia.”

- F.21 “Disseram pra mim que era uns seis meses.”
- F.22 “Já ouvi falar já, já vi já pessoas com tuberculose.”
- F.23 “Ah... Pior coisa do mundo, mas tamo aqui pra vencer ela.”
- F.24 “A gente fica bom com tratamento, é... Remédio, repouso, se alimentar bem”
- F.25 “Sei que é uns antibiótico, mas de nome não sei não.”
- F.26 “Parece que é seis meses. Até eu ficar bom.”

ENTREVISTADO G

- G.1 “Eu senti febre, muita febre. Comecei a ter muita febre.”
- G.2 “Algumas pessoa me disse: “Tá com febre? Tem que saber o que é essa febre direto, deve ser alguma doença.”
- G.3 “Mas, eu não imaginava que seria a tuberculose porque eu não tossia.”
- G.4 “Só senti a febre. Nada mais.”
- G.5 “Tava na rua e passava, é que eu me esqueci o nome, um micro-ônibus que passa com o pessoal. Isso, o consultório de rua. fazendo ação comunitária e eles faz exame médico, aí fez o exame do escarro. Aí, com uma semana depois, eles trouxeram pra mim e tinha detectado que eu tava com a tuberculose.”
- G.6 “Eu fui no Gouveia de Barro (centro de referência para população de rua) no centro da cidade. Comecei lá o tratamento.”
- G.7 “Passei quatro meses tomano esse remédio e depois eu parei.”
- G.8 “Eu pensei que tava bom, parei.”
- G.9 “Aí voltou as febre de novo, depois de uma semana voltou as febre de novo, mas sem tosse.”
- G.10 “Aí eu imaginei que essa febre seria porque eu tava já voltando a beber de novo, a fumar cigarro. Aí eu decidi parar de vez. Decidi parar. Passei um mês sem usar, depois comecei a usar de novo aí deu a tosse e a febre.”
- G.11 “Eu tava num terminal do Pelópidas (terminal de metrô) aí eu senti uma febre muito forte, tava com muita febre mesmo e eu tava tentando controlar essa febre, tava sentindo a vista escureceno, mas não consegui e acabei caindo no chão.”
- G.12 “Um rapaz de lá que trabalha lá, um funcionário, me colocou no carro e me levou para UPA, essa UPA ali perto do Pelópidas mesmo.”
- G.13 “Ele deixou só o nome dele e foi embora e eu num sei nem quem é esse rapaz.”
- G.14 “Aí, sei que acordei e vi um monte de enfermeiro arrudiado e desmaiei de novo, tive outra convulsão.”
- G.15 “O médico disse que o rapaz falou que eu tive uma convulsão, eu tava todo sujo de lama.”
- G.16 “Ele disse que eu cai na lama e comecei a bater no chão de convulsão ele (o médico da UPA) disse que, ele disse: “Foi Deus na sua vida, porque você chegou a uma

Apêndices

temperatura de febre que você poderia ter ido a óbito, mas pode ter certeza que Deus tem um plano na sua vida que você bem dizer nasceu de novo!”

- G.17 “Eu passei duas hora lá em coma na UPA”
- G.18 “Eles pensavam, só que teve um momento que eu tava escutano, só que não via nem conseguia falar com ninguém. Tava escutano o pessoal falano sobre mim do meu lado e depois eu voltei, fui voltando, aí foi que eles decidiram me internar.”
- G.19 “Perguntaram a mim se eu já tive a tuberculose, eu falei que tive e parei. Aí decidiram me internar.”
- G.20 “Ele perguntou a mim o que foi que aconteceu que eu tava com tanta febre. Eu disse que já tive a tuberculose e parei. Aí ele falou pra mim assim: “Então, se você já teve, a gente vai tirar um raio-x do seu pulmão”. Através desse raio-x ele falou que seria, provavelmente, tuberculose ainda porque eu não tinha terminado ainda o tratamento.”
- G.21 “Eu passei, eu acho que quase um mês. Um mês.”
- G.22 “Depois de um mês que eu vim procurar ajuda.”
- G.23 “Eu via eles do consultório de rua passano dando assistência médica, mas eu não me importava de ir lá porque eu pensava que num ia me ajudar. Mas, foi através deles que eu tive ajuda.”
- G.24 “A família, a família me deu um pouco as costa faz um bom tempo já por causa das droga, por causa da bebida.”
- G.25 “Quem vem me apoiando até hoje é um rapaz da Igreja Católica, ele me deu um ventilador, ele me deu um celular, ele é quem traz roupa pra mim, traz as coisas que eu preciso, ele que vem me dando esse apoio.”
- G.26 “Eu tive febre, cansaço, muito cansaço, uma dormência no corpo, eu num conseguia nem mais tá andando nem praticar nenhum esporte.”
- G.27 “Eu gostava de jogar bola, andar de bicicleta, num tava mais conseguindo, senti muita fraqueza mesmo no corpo, muita dor de cabeça que eu não tinha, era raro eu sentir dor de cabeça.”
- G.28 “O pior de tudo foi mais a febre mesmo que me derrubou mesmo foi a febre.”
- G.29 “Agora parou a febre, a tosse ainda tenho um pouco. Já faz uns 8 meses que sinto isso.”
- G.30 “O consultório de rua, eu tava tendo febre morando nas ruas.”
- G.31 “Já fazia já um ano que eu tava na rua e, pessoas que eu conhecia, que já teve tuberculose falou pra mim: “Deve ser tuberculose porque quando eu comecei a ter a suspeita da tuberculose eu tive muita febre.”
- G.32 “Foi pelo consultório de rua, mas eu achava que ele não ia me ajudar, imaginava que a tuberculose só poderia ter um tratamento numa clínica, num hospital e daí eu fui teno essas febre foi que um dia eles parou na minha frente, eu deitado dormindo de manhã cedo no centro da cidade ali na Aurora (umas das principais ruas do centro da cidade de Recife) aí eles parou e perguntou se eu queria uma ajuda aí eu decidi receber essa ajuda deles.”

Apêndices

- G.33 “Me colocaram, me levaram pra o Gouveia de Barros lá onde eu fiz exame de sangue, exame de escarro, lá que detectou que eu tava com a tuberculose.”
- G.34 “Passei uns quatro meses e vinte dias fazendo o tratamento, depois eu parei.”
- G.35 “Foi, por conta própria, eu achei que tava bom, mas sabendo que o tratamento era de seis meses, achando que tava bom aí eu parei.”
- G.36 “Aí eu voltei a beber de novo, a fumar cigarro de novo. Fazia isso pra esquecer do problema, fazia isso pra me esquecer um pouco da família.”
- G.37 “Eu ligava e nunca me atenderam, quando atendia que escutava a minha voz dizia: “Se você procurou a bebida, viva com ela!”
- G.38 “Aí passou muito sofrimento na minha vida, fui preso, passei um tempo preso.”
- G.39 “Passei uns dois ano preso. E daí quando saí agora, quando saí é que eu fui ter essa doença.”
- G.40 “Foi que eu tive essa doença, foi aí que eu tive um apoio, esse rapaz da igreja que me ajudou quando eu vim pra cá ele me encontrou aqui na emergência, ele vem, tem uma data certa que ele vem aqui.”
- G.41 “Passa pra conversar com as pessoa que tá precisando de ajuda”
- G.42 “Eles faz um ação comunitária, eles são até, eles dão uma sopa pra os acompanhante dia de segunda e sexta aqui nesse hospital e eu me lembrei que ele me ajudou no presídio e fui agradecer a ele a ajuda que ele me deu lá dentro e ele acabou que continuou me ajudando agora de novo.”
- G.43 “Tô aqui nesse hospital e, só Deus sabe quando eu vou sair, a partir do momento que eu sair daqui ele também já providenciou pra mim uma casa de apoio onde eu vou, uma casa de apoio em Sucupira (interior do Pernambuco), um internamento lá que eu vou entrar e se Deus quiser de lá eu vou.”
- G.44 “Aí foi quando eu imaginei que tava voltando de novo a tuberculose. Parei por dois meses com tudo e foi a onda piorou mais ainda.”
- G.45 “Eu ia procurar um hospital, mas eu tava tentando controlar tomando dipirona pra dor de cabeça, aí quando eu bebia eu me sentia bem, achava que eu não ia ter febre, quando era no outro dia de manhã a febre aumentava cada vez mais.”
- G.46 “Justo no dia que eu ira procurar, eu ia pro Gouveia de Barros, eu tava em Olinda, ali pro lado do Pelópidas, quando eu ia pegar o ônibus pro centro da cidade pra ir no Gouveia de Barros onde eu comecei o tratamento a primeira vez, ali mesmo no terminal eu tive uma convulsão. Foi aí onde eu fui pra UPA, ali de Olinda mesmo e lá me transferiram pra cá.”
- G.47 “Aqui fizeram o exame de novo do escarro, detectaram que eu ainda tava, continuava com o vírus da tuberculose, aí fez exame de sangue e me colocaram pra cá (enfermaria da fisiologia) pro internamento. Eu já tô aqui há um mês e vinte e oito dia.”
- G.48 “Principalmente quando eu cheguei aqui. Foi de um dia pro outro, fiz exame de escarro num dia, no outro dia já tinha.”
- G.49 “Da primeira vez foi exame de escarro e exame de sangue.”

Apêndices

- G.50 “No exame de sangue eles disseram que fizeram pra saber se eu tinha HIV, se eu tinha sífilis e isso tudo não tinha.”
- G.51 “O exame de sangue não detectou nada, normal, mas no exame de escarro ele detectou que eu tava com tuberculose.”
- G.52 “Lá no Gouveia de Barros eles tem uma área especifica pra isso.”
- G.53 “O tratamento foi eu ficar tomando três remédio, três comprimido.”
- G.54 “Eu num sei o nome do comprimido não, não me lembro o nome, mas é um comprimidozinho laranja pra tuberculose mesmo, ficar tomando três dele todos os dias de manhã em jejum.”
- G.55 “Aí ele falou que eu iria tomar durante três meses e depois eu ia mudar pra segunda fase do tratamento que já é um comprimido um pouco menor, mas só que quando me deram, me deram uma quantidade de comprimido que dava pra eu tomar por uns cinco meses aí eu tomei quatro meses e o resto eu não tomei mais.”
- G.56 “O que, nada poderia me atrapalhar, foi eu mesmo que quis parar.”
- G.57 “O orientação foi que quando eu tivesse com três meses eu voltasse lá porque eles iam fazer de novo o exame do escarro pra saber como é que tava o vírus, como é que se tava sendo combatido, como é que tava, se eu ia precisar ser internado.”
- G.58 “Disseram para mim que eu podia fazer um tratamento aonde tivesse, em qualquer lugar onde ficasse. Agora com três meses ia fazer o exame de escarro de novo e detectar que não tá adiantando muito aí iam me botar pra um internamento.”
- G.59 “Quem me explicou foi o doutor mesmo, o médico no Gouveia de Barros.”
- G.60 “Ele falou pra mim que a tuberculose é uma pneumonia não tratada. Ele falou que no início quando eu comecei, se eu tivesse ido antes, logo quando eu comecei a ter muita febre, dormência no corpo, dor de cabeça, ele disse que era pra mim ter procurado logo no início, que era uma pneumonia.”
- G.61 “Disse que o tratamento seria mais rápido, mas como eu não me tratei, como eu não fui atrás do tratamento, ela se tornou uma tuberculose e criou uma mancha no meu pulmão.”
- G.62 “Tuberculose pelo que eu vejo por outros pacientes que eu vejo num estado bem pior que o meu, ela pode levar à morte se não cuidar.”
- G.63 “O tratamento dela é com esses remédio específico pra tuberculose.”
- G.64 “Se vim também ao caso de se internar eles dão também antibiótico, procura saber se tem outro tipo de doença pra poder tomar as medicação também pra não atrapalhar a medicação da tuberculose.”
- G.65 “O tempo determinado pelos médico é sempre seis meses.”
- G.66 “Não, num sei... Porque também depende do peso da pessoa. Tanto faz a pessoa ter um peso, um certo peso e tomar quatro comprimido e ter pouco peso e tomar só três. Não dá pra saber. Eu tô tomando três, mas já vai colocar quatro, porque eu aumentei de peso.”

ENTREVISTADO H

- H1 “Comecei com umas dor, dor na barriga.”
- H2 “Vomitando e sem comer. Comia nada não. Faltou o apetite e aí me trouxeram aqui.”
- H3 “Eu tive ajuda da minha irmã, somente.”
- H4 “Ela me levou no hospital de Timbaúba – PE, mas aí não deram jeito lá e me trouxeram pra cá.”
- H5 “Lá não fizeram nada não, só deram remédio pra dor, mas a dor não passava com anda e eu vomitando e me mandaram pra cá.”
- H6 “Lá não fizeram exame não, vieram fazer exame aqui.”
- H7 “Aqui fizeram exame de sangue, de chapa do peito e de tudo no mundo.”
- H8 “De sangue. Levaram lá pra cima fazer uns exame, mas eu não sei o nome do exame não.”
- H9 “Botaram uma mangueira no meu nariz (sonda nasoenteral para alimentação), tava comendo por um negócio pingando, descendo.”
- H10 “Aí depois abriu o apetite e tiraram, botaram no lixo.”
- H11 “O exame lá de cima colocaram um cano aqui por trás, um cano, tiraram, somente. É a colonospia.”
- H12 “Passou umas duas semanas até chegar aqui.”
- H13 “Minha irmã e meu cunhado que mora mais ela é que me deram mais suporte, sabe?”
- H14 “Era dor mesmo, dor. Só dor. Minhas perna mesmo ficou sem eu andar, a minha perna. Eu não andava não. Eu ia pro banho numa cadeira que a mulher me levava pra ir pro banheiro tomar banho.”
- H15 “F
- H16 “Era eu sem comer, vomitando, dor, dor, não podia andar, nada.”
- H17 “Aí me levaram pro hospital de lá (Timbaúba) aí minha irmã disse: “Vamo pro Recife!”. Bora. Aí trouxeram eu pra aqui.”
- H18 “Eu tô melhor, muito bom agora.”
- H19 “Aqui eu só tomo soro e comprimido só.”
- H20 “Sei não, mas num era desses comprimido que eu tô tomando aqui não, já era dôto.”
- H21 “De reméido é as mesmas coisa, comprimido, soro, para não.”
- H22 “Eu tomo, mas não sei o nome deles não.”
- H23 “Sei que eu sei de nome de um vermelho que é o sulfato ferroso e uns comprido eu não sei de nome deles não.”
- H24 “Não me disseram por quanto tempo não. Disseram que era até eu ficar bom.”
- H25 “Tuberculose é dentro da gente, né? Mas, eu num sei o que é não. Tô muito melhor. Graças a Deus eu tô sentino bem.”

ENTREVISTADO I

- I1 “Meu filho, só senti tosse. Tossia muito. Não tinha febre, não tinha dor de cabeça, eu não tinha nada, só tossindo, tossindo, tossindo.”
- I2 “Eu comecei a cuspir sangue, aí eu mostrei aos meninos (filhos): Olha aqui o resultado de mim.”
- I3 “Eu tô tossindo e tô botando sangue pra fora.”
- I4 “Meus filhos se aperriaram e me levaram pra UPA.”
- I5 “Da UPA eu vim pra aqui. Tiraram raio-x. Aí o médico já encaminhou logo”
- I6 “De apoio eu só tive dos meus filhos mesmo.”
- I7 “Aqui fizeram exames. Raio-x, exame de sangue, foi feito os exame tudo. Colheu catarro. Pronto, foi feito todos esses daí. Sangue, coração, todos os exames feitos.”
- I8 “Quando precisei procurei ajuda dos meus filhos.”
- I9 “De gasto foi só a gasolina do carro mesmo de lá até aqui.”
- I10 “A gente mora em Jabotão e de Jabotão até aqui é um pouco distante.”
- I11 “Uns seis meses, de seis a sete meses. Fiquei só tomando remédio em casa, depois foi que procurei a UPA.”
- I12 “Só xarope, xarope de tanta coisa. Mas, nada serviu.”
- I13 “Quando eu comecei a cuspir sangue aí disseram que agora iam me levar pra UPA.”
- I14 “Todo mundo vivia lá em casa, meus netos, filhos, a casa era sempre cheia.”
- I15 “Do dia que eu cuspi sangue, foi no mesmo dia, eles já me trouxeram.”
- I16 “Eu fiquei sentindo assim uma tontura, uma coisa tão ruim, eu dizia que tava sentindo uma coisa ruim, não tinha coragem mais de fazer nada, perdeu toda força de eu fazer as coisa.”
- I17 “Eu não tava com coragem de fazer nada, nada, nada. Só queria estar deitada dormindo.”
- I18 “Senti que tava difícil de descobrir o que eu tinha.”
- I19 “Foi a de vir pro hospital. Eu falava que não tinha nada. Mesmo meus filhos perguntando se eu estava sentindo dor ou algo do tipo e eu dizia que não sentia nada.”
- I20 “Minha mãe sentia as mesmas coisas que eu e morreu sentindo essas coisas, tosse era igual.”
- I21 “Depois foi se agravando e eu fui perdendo peso.”
- I22 “Fui na UPA uma vez antes, umas duas vez.”
- I23 “Aí a médica disse que eu tinha que ir na nutricionista.”
- I24 “Meus filhos me levaram, foi feito exames de todo tipo, de fezes pra ver se não era nenhuma verme e não tinha nada, disse que precisava descobrir o motivo do peso, mas a dieta não adiantava.”
- I25 “Já tava tossindo sim quando fui na nutricionista.”
- I26 “Diziam que era normal pra idade, que era coisa do envelhecimento.”
- I27 “Tinha que tomar muita água, mas eu sempre perdia peso e a tosse não parava.”

Apêndices

- I28 “Da terceira vez que eu fui pra UPA é que teve um médico que quis tirar um raio-x. Aí ele viu e me mandou pra cá.”
- I29 “Não, só xarope caseiro de frutas mesmo e água.”
- I30 “É tossir muito, ficar secando, ficar bem “maguinha”, acabando as carne.”
- I31 “Não me disseram quais eram os remédios.”
- I32 “Eu também não sei por quanto tempo vou tomar esses comprimidos nem quanto tempo vou ficar aqui.
- I33 “Ninguém me disse nada.”

ENTREVISTADO J

- J1 “Doutor, eu comecei sentindo um cansaço que eu não sabia de onde vinha.”
- J2 “Eu sempre fui disposto para tudo, mas aí passei a ficar cada dia que se passava mais cansado e comecei a tossir.”
- J3 “Quando a tosse veio eu comecei a tomar “lambedor” pra botar pra fora o catarro que sabia que tinha no peito.”
- J4 “Sabe aquelas tosses que a gente sente que tem catarro preso? Pronto. A que eu sentia era dessas.”
- J5 “Aí eu fui vendo que a tosse tava durando tempo demais, comecei a esquentar o corpo todo dia no mesmo horário e fiquei desconfiado que tinha algo errado com a saúde, né?”
- J6 “Nisso eu decidi ir no médico do postinho, mas ainda passei um tempo em casa para terminar o lambedor pra ver se fazia efeito.”
- J7 “Depois de um tempo fui no postinho e o médico que passou um xarope que eu não lembro o nome, mas que também não adiantou.”
- J8 “Eu fui pra casa, passei uma semana com a tosse e o catarro começou a sair verde. Foi aí que fui na UPA pra me atenderem”
- J9 “Quando chegou lá na UPA perguntaram o que eu tava sentindo, fizeram uns exame de sangue e também fizeram um chapa do peito e disseram que eu estava com tuberculose porque tinha um buraco na no pulmão e isso que tava fazendo eu tossir.”
- J10 “Mandaram uma ambulância me trazer aqui e estou aqui faz 10 dias fazendo o tratamento.”
- J11 “Rapaz, acho que deu uns 30 dia entre eu adoecer e descobrir a tuberculose.”
- J12 “É, o postinho é a sede do agente comunitário de saúde, o PSF.”
- J13 “Aí eu fui lá. Ele disse que se eu adoecesse podia ir direto no postinho e foi o que eu fiz.”
- J14 “Lá não falaram nada em exame não, meu filho.”
- J15 “Lá é tanta gente que ninguém para e pergunta não.”
- J16 “A consulta dura 5 minutos e eu ainda fiquei esperando pelo menos uma tarde pra ser atendido.”
- J17 “Meu filho, a saúde tá um descaso.”

Apêndices

- J18 “Quando eu cheguei aqui no hospital soube que isso podia ser tratado pelo postinho da minha casa. Isso entristeceu demais, sabe?”
- J19 “Eu crente que era coisa de hospital mesmo pra terem me mandado, chego aqui e dizem que até em casa a pessoa se trata.”
- J20 “O meu caso não dava mais porque já tava avançado. Mas esperar quem é que gosta? E ainda errarem no remédio e no que a pessoa tem de doença?”
- J21 “Ah, aqui foi diferente demais. Fizeram e tudo.”
- J22 “Tudo quanto era exame fizeram. Sangue, mandaram até eu escarrar pra ser mais específico.”
- J23 “Veio uma enfermeira aqui me explicou tudo.”
- J24 “Fiz exame até de entrar dentro de um tubo gigante.”
- J25 “A enfermeira explicou o que era essa doença, explicou a causa, que é uma bactéria, que essa bactéria se pega em qualquer lugar e ela se aproveita da gente estar fraco, disse que o que eu estou tomando é antibiótico.”
- J26 “Ela também falou que o exame do catarro é que confirmou a doença, ela sempre tira as dúvidas de todos aqui.”
- J27 “É uma doença que ataca os pulmões e faz com que ele se esfarele. A gente tosse justamente porque a bactéria que tem um nomezinho de tuberculose também, bem parecido, entra pela respiração da gente e fica lá crescendo e fazendo mal. Aí a gente sente febre, tosse, perde peso, tem catarro, às vezes até com sangue.”
- J28 “O que eu sei que é com os antibiótico, né?”
- J29 “Não pergunte o nome que não sou doutor.”
- J30 “A doutora me falou que se correr tudo bem com 6 meses já estou curado.”
- J31 “Meus vizinhos se preocupavam comigo porque eu morava sozinho e já sou um senhor de idade.”
- J32 “O povo ia deixar comida para mim, todo dia tinha gente que chegava para me visitar e passar um tempo conversando e me ajudando com o que eu precisava, pagar uma conta, comprar alguma coisa na bodega perto de casa, remédio, lambedor, todo mundo se ajuda ali onde eu moro.”
- J33 “Eles sempre estão aqui nos dias de visita. Não tenho família fora eles.”
- J34 “Passei pelo postinho e erraram tudo. Lá que deveria ser o lugar de acertar no final das contas nem pensaram que pudesse ser essa doença.”
- J35 “Pra mim essa foi a maior dificuldade, ter que ficar rodando pra poder saber o que eu tinha.”
- J36 “Eu sabia que era aquela doença que matava gente que botava sangue pela boca, mas que pra mim já tinha se acabado e não existia mais.”
- J37 “Hoje eu sei que existe, que ataca o pulmão e sai destruindo tudo, inclusive tem amigo meu aqui internado que não é nem no pulmão a bicha (tuberculose) foi tão agressiva que furou os osso dele. Então a doença ainda existe por aí e é bom se cuidar. Por isso que vocês usam essas máscaras aí, parece que a gente é bicho de outro planeta.”

J38 “A enfermeira que me explicou tudo disse que isso se chama isolamento, que é pra vocês não adoecerem, mas que depois de um tempo a gente não passa mais pra vocês se o tratamento fizer efeito aí vocês podem ficar sem essas máscara perto da gente.”

ENTREVISTADO K

K1 “Meu filho, eu andei demais, pense! Eu fui pra postinho, fui pra UPA, fui pra postinho de outro bairro e nada.”

K2 “Eu tinha febre, dor no corpo, tossia bastante e uma fraqueza que me deixava desanimada para fazer as coisas de casa.”

K3 “Eu não era mais a mesma pessoa.”

K4 “Sempre fui disposta e sempre fazia tudo sozinha. Depois que começou com isso eu fui perdendo a vontade de fazer as coisas e fui tendo que precisar de pedir ajuda.”

K5 “Fui até o postinho da família, mas quando cheguei lá não tinha mais gente para me atender e eu voltei no outro dia logo cedinho.”

K6 “Passei pela consulta com o doutor e ele disse que podia ser uma virose, já que tava dando muito isso pelas bandas do meu bairro.”

K7 “Ele só disse que eu repousasse e tomasse bastante líquido que isso ia passar.”

K8 “Só que eu fiz o que ele disse e nada melhorou, foi aí que eu fui pra UPA e quando chegou lá colocaram uma fitinha verde no meu braço e disseram que eu ia ser atendida, mas que ia demorar. Fui embora.”

K9 “Voltei pra casa e continuei no líquido e no repouso.”

K10 “Quando foi coisa de 1 semana eu fui no postinho (ESF) do bairro da minha irmã e lá perguntaram quanto tempo eu tava tossindo. Eu disse que fazia mais de mês. Eles passaram um exame que eu tinha que colocar catarro dentro de um potinho e me pediram para esperar.”

K11 “Quando saiu o resultado, com uns 15 dias depois disseram que eu estava com tuberculose.”

K12 “Só que aí eu já estava muito debilitada. Comecei a tomar mas medicações, mas um dia acordei tossindo sangue, foi aí que eu fui pra UPA de novo e me mandaram vir pra cá numa ambulância.”

K13 “Fizeram exames de sangue e urina. Ainda tiraram um raio-x do meu peito e disseram que eu tinha que me internar. Aí me mandaram pra cá.”

K14 “Meu filho, se eu não me engano, pra eu chegar no diagnóstico, deu por volta de uns 40 dia.”

K15 “Tudo quanto foi exame fizeram comigo, meu filho. Sangue, urina, o do copinho de novo (escarro) raio-x e ainda me colocaram numa tal de tomografia pra saber as condições do meu pulmão que o médico disse que tava ruim demais.”

Apêndices

- K16 “Ele disse que era pela tuberculose já ter tomado meus dois pulmões e ter machucado muito eles por dentro. Explicou que por isso eu cuspo sangue quando a tosse.”
- K17 “É uma doença devastadora. Acaba com a vida da gente. A gente não faz nada. Tudo muda, a gente fica sem trabalhar e ainda fica se sentindo mal por poder passar a doença pro povo de casa.”
- K18 “Lá em casa todo mundo teve que fazer exame só por eu morar lá.”
- K19 “É uma bactéria, né, que causa a doença?”
- K20 “É um nome estranho e eu não tenho estudo pra guardar esses nomes complicados não. Confio tudo nas mãos de vocês.”
- K21 “Eu sei que são antibióticos, mas eu estou tomando umas coisas na veia também, não sei se são a mesma coisa.”
- K22 “Quem vem me ajudando com deslocamento pra ser atendida é meu genro, no mais sou eu mesmo que faço minhas coisas.”
- K23 “Minha filha ajuda nas coisas de casa, mas só nisso mesmo. Remédio não precisa mais comprar que já tem tudo aqui no hospital.”
- K24 “Disseram que esse diagnóstico tinha como ser rápido, mas demorou, né?”
- K25 “Aí talvez eu não tivesse assim se tivesse sido atendida no primeiro postinho, se na UPA vissem que eu tava mal já.”
- K26 “Mas as coisas acontecem como tá escrito, a gente só segue e assim eu vou seguindo.”
- K27 “Sabia que era uma doença antiga, que não existia mais. Chamava o povo de tísico e andavam com lenço na boca tossindo e todo melado de sangue, dizia minha mãe. Mas não sabia que ainda existia nos dias de hoje.”
- K28 “Ah, meu filho, é que a gente não ouve mais as pessoa falando dela. Tudo agora é H1N1, pneumonia, mas tuberculose a gente não escuta mais não.”

ENTREVISTADO L

- L1 “Eu inicialmente era uma pessoa de disposição para tudo.”
- L2 “Trabalhava o dia inteiro e chegava em casa só à noite, mas de uns tempos pra cá eu vi que estava ficando indisposto demais para fazer tudo.”
- L3 “Tem umas 4 semanas, quase um mês.”
- L4 “Aí eu fui esmorecendo, esmorecendo até que comecei a me sentir realmente fraco. Não tinha apetite, não queria comer nada e percebi que fui perdendo peso, eu me sentia quente toda tarde e estranhei tudo isso.”
- L5 “Aí quando eu vi que tava me acabando foi que eu procurei o postinho aqui do bairro.”
- L6 “Eu procurei logo uma semana depois de ter começado a me sentir fraco.”
- L7 “Lá eu fui atendido pelo enfermeiro e depois pelo médico. Passaram uma exames de sangue, umas vitaminas e disseram para eu retornar quando tivesse com tudo em mãos.”

Apêndices

- L8 “Sentia só o corpo quente, como eu disse, fora isso eu comecei a tossir uma tosse seca, chata.”
- L9 “Aí quando essa tosse começou eu fui logo na UPA, que eu achava que era uma pneumonia.”
- L10 “Na UPA fizeram uns exames de sangue e um raio-x do pulmão.”
- L11 “Aí o médico, que foi quem me atendeu, disse que eu ia ser encaminhado para cá (hospital) para ser acompanhado, isso eu já tinha perdido uns 5 a 6 kg.”
- L12 “Eu vim direto da UPA para cá. Aí quando eu cheguei aqui esperei ser atendido e quando me atenderam já disseram que eu ia ficar internado.”
- L13 “Ele disse que eu estava com uma possível tuberculose de pulmão e que já tinha um buraco lá, por isso achou melhor eu ficar internado.”
- L14 “Aqui fizeram exames de sangue, me fizeram escarrar num potinho, fizeram uma tal de tomografia, pense numa agonia entrar naquele negócio lá do exame. Aí disseram que eu ia ficar internado para me tratar.”
- L15 “Meu filho me ajudou muito.”
- L16 “Meu filho quem comprou os remédios que o médico passou no PSF e quem me levava para todo lugar que eu precisava. Fez a feira de casa por mim nesse tempo, tudo ele trazia do mercadinho.”
- L17 “Os vizinhos se preocupavam pra saber se eu tava bem, mas de ajuda mesmo só meu filho. Eu moro sozinho, não tem ninguém comigo não.”
- L18 “Dificuldade foi só a demora mesmo de ir num canto e noutro. Devia ser logo de primeira, vocês estudam tanto, né? A gente acredita que vão acertar, mas aí depende de muita coisa, de exame, de fila, de tudo.”
- L19 “Rapaz, foi por volta de umas 3 semanas, que já faz 1 que tô aqui no hospital.”
- L20 “É uma doença que é causada por bactéria e que pode se alojar no pulmão, por isso a tosse chata e o buraco do raio-x. A doença faz a gente emagrecer também, tem febre, tosse, tudo de ruim.”
- L21 “Quem me explicou tudo foi a médica e a enfermeira.”
- L22 “A doutora e a enfermeira explicaram. Disseram que eu ia tomar antibiótico aqui no hospital até eu melhorar e que quando fosse pra casa ainda ia ficar tomando lá e sendo acompanhado pelo postinho.”
- L23 “Falaram em seis meses. Mas só se eu melhorasse de tudo. O tratamento chega a mais de ano se a pessoa não melhorar logo.”
- L24 “O nome não sei não, sei que falam em RIPE direto, esquema RIPE.”
- L25 “Eu não peguei os nomes certinhos não dos remédios.”
- L26 “De onde se tem facilidade no SUS? Tive facilidade não, meu filho.”
- L27 “Eu me senti cansado, sem condições de fazer muita coisa, aí em enfraquecendo, esmorecendo e fui no postinho, isso com uma semana depois de ter arriado.”
- L28 “Aí o médico passou umas vitaminas e exames pra eu fazer. Depois disso, eu comecei a tossir e como achava que podia ser algo pior eu procurei logo a UPA, isso uma semana

depois do postinho, lá na UPA fizeram exames de novo, só que dessa vez teve raio-x que foi o que fez o médico me encaminhar pra cá.”

- L29 “Aqui no hospital eu vim e fiquei internado pelo médico. Fizeram raio-x de novo, tomografia, uma bateria de exames de sangue e do catarro.”
- L30 “Tive um pouco só de catarro, depois que cheguei aqui tinha um tiquinho de catarro verde.”
- L31 “Só agradecer a Deus por ter descoberto logo a saber que tem cura.”

ENTREVISTADO M

- M1 “Eu inicialmente comecei com um pigarro na garganta, uma tosse com um catarro esverdeado e com dificuldade de respirar.”
- M2 “Achei que era uma gripe.”
- M3 “Só que aí apareceu febre, uma moleza no corpo e falta de apetite.”
- M4 “Senti que estava piorando e procurei ir na UPA.”
- M5 “Fiz alguns exames e o médico que me atendeu disse que era uma pneumonia.”
- M6 “Passou remédio, fiz nebulização e ele receitou antibiótico para eu tomar.”
- M7 “Nada de melhorar, passou um, dois, três dias e eu lá, tossindo e sem melhorar de nada.”
- M8 “Lá fizeram hemograma e raio-x. Além de ter sido examinada pelo médico.”
- M9 “O tempo entre eu me sentir doente e ir até a UPA foi de 1 semana.”
- M10 “Eu voltei com a receita do antibiótico, tomei como estava lá e nada de melhorar.”
- M11 “A tosse piorava, o catarro também e a febre.”
- M12 “Aí eu voltei novamente para a UPA uma semana depois. Dessa vez quando fizeram ao raio-x disseram que eu tinha que ser encaminhada aqui para o hospital, pois eu já tinha lesão em um dos pulmões.”
- M13 “Aí o médico me encaminhou e chegando aqui fui atendida por outro médico que me internou.”
- M14 “Aqui fiz novamente exames de sangue, fiz exame de escarro, tomografia, raio-x, acho que só.”
- M15 “Fui atendida inicialmente pelo médico e depois a enfermeira veio me acolher aqui na enfermaria.”
- M16 “Explicaram que eu estava com tuberculose, me explicaram como ia ser feito o tratamento, disseram que eu não me preocupasse que era uma doença que tinha cura e que ia dar tudo certo.”
- M17 “É uma doença causada por uma bactéria que pode se alojar no pulmão ou em qualquer outra parte do corpo, mas o pulmão é a mais comum, por isso que a gente adocece, gente com pulmão doente distribui a bactéria pelos cantos e a gente respira e se contamina.”

Apêndices

- M18 “O nome da bactéria parece com o da doença se não me engano, mas não sei lhe dizer não.”
- M19 “Disseram que eu ia tomar a medicação inicialmente por 6 meses.”
- M20 “São antibióticos que eu anotei aqui: rifampicina, etambutol, isoniazida e pirazinamida.”
- M21 “Falaram que pode durar até um ano o tratamento.”
- M22 “Quem me explicou isso foi a enfermeira.”
- M23 “Eu tive apoio dos meus filhos. Eles que me ajudaram em tudo. Levaram na UPA nas duas vezes, vieram aqui no hospital comigo e sempre estão do meu lado. Eles que apoiam em tudo.”
- M24 “Eu moro com meu marido, mas como ele trabalha muito não podia estar direto comigo.”
- M25 “Considero com dificuldade terem errado o diagnóstico, né? Pneumonia para tuberculose muda muita coisa. Mas que bom que da segunda vez, por eu estar mais grave conseguiram acertar.”
- M26 “Fizeram eu perder tempo e eu piorei.”
- M27 “Nada é fácil no SUS. Tem fila, tem gente morrendo com diagnóstico errado, falta remédio, falta profissional.”
- M28 “Eu comecei me sentindo cansada, com uma tosse que não parava e febre. Ao me sentir assim e vendo que estava piorando e não era uma gripezinha besta eu fui até a UPA levada pelos meus filhos. Lá fizeram exames de sangue e disseram que eu estava com pneumonia. O médico que me atendeu receitou antibiótico para tomar em casa e assim fiz. Uma semana depois eu já estava pior, procurei novamente a UPA e agora além dos exames de sangue fizeram raio-x que mostrou que já existia lesão nos meus pulmões. Aí o médico pediu para que eu fosse encaminhada para cá. Chegando aqui eu fui atendida na emergência e com o encaminhamento e o raio-x que veio já me internaram. Cheguei aqui na enfermaria, fui atendida por um médico e uma médica e uma enfermeira que me explicaram como ia ser o tratamento, quais remédios eu ia tomar e aí iniciaram uma bateria de exames, raio-x, sangue, escarro, tomografia e outros que não sei direito quais são. Aqui foi rápido pra ter tudo. É um hospital do SUS, mas que tem as coisas para fazer. Aqui eu vou ficar boa.”
- M29 “A tuberculose a gente pensa que ela não existe mais, mas existe, olha aqui essas enfermarias tudo cheia, falta tomar mais cuidados, desenvolver uma vacina, criar mais treinamento para os profissionais e dizer que pode ser tuberculose. Assim a gente se cura mais rápido. Talvez eu não tivesse assim se eu fosse diagnosticada de primeira.”
- M30 “Meu filho, se erraram o que eu tinha na UPA, imagine num postinho daqueles. Falta tudo, até gente para atender a gente.”

ENTREVISTADO N

- N1 “Eu era uma pessoa ativa e trabalhava na feira livre.”

Apêndices

- N2 “Aí eu comecei com um tempo a ter umas tosses que não passavam com nada.”
- N3 “Eu tomei um lambedor, mas nada melhorava.”
- N4 “Depois eu comecei a perceber que meu corpo ia esquentando todo fim de tarde e começava a ficar com uma moleza no corpo.”
- N5 “Fui perdendo a vontade de comer com o tempo e emagrecendo.”
- N6 “Teve um dia que eu botei sangue pela boca quando tossi e procurei direto a UPA, já que o UBS do bairro não resolve nada.”
- N7 “O médico que me atendeu pediu um raio-x e disse que eu ia ter que me internar por que era tuberculose que já tinha afetado o pulmão. Foi aí que a ambulância me trouxe direto para cá e aqui eu fui atendido na sala vermelha e já me internaram.”
- N8 “Eu adoeci, passei mal botando sangue pela boca e fui para a UPA, logo de primeira o doutor lá acertou o diagnóstico e me mandou para cá.”
- N9 “Lá colheram meu sangue e fizeram um raio-x, somente. Hemograma parece, o nome.”
- N10 “Rapaz, se passaram, mais ou menos, uns dois meses do começo da tosse, né? Até eu botar sangue e ir para a UPA.”
- N11 “Eu não fui nem lá no PSF porque a gente não consegue consulta, quando consegue demora sempre falta alguma coisa, aí eu decidi logo procurar o lugar que resolve.”
- N12 “Aqui fizeram exames de sangue de novo, acho que o hemograma outra vez, aí fizeram raio-x de novo, tomografia e o escarro.”
- N13 “Aqui a quem me atendeu na enfermaria foi o residente médico e a enfermeira. Ainda não vi o médico mesmo.”
- N14 “Eles disseram que eu estava com tuberculose no pulmão, perguntaram se eu conhecia a doença e quando eu respondi que não eles me explicaram o que era e disseram que tinha cura.”
- N15 “Agora eu sei que é uma doença causada por uma bactéria que se aloja no nosso pulmão e que a gente pega tendo contato com alguém que tenha a doença quando nossas defesas estão fracas e que a gente passa para os outros através da tosse.”
- N16 “Falaram o nome da bactéria sim, mas eu não lembro não.”
- N17 “Geralmente é um nome difícil e a gente que não é da área de vocês fica meio perdido com isso.”
- N18 “A gente não grava esses nomes complicados não. Isso é para quem estudou para ser doutor.”
- N19 “Explicaram sim qual o remédio, mas eu não lembro o nome dos remédios. Sei que eu tomo 1 comprimido direto aqui e sei que é antibiótico.”
- N20 “Disseram que depende, mas que geralmente se der tudo certo dura uns 6 meses, agora é esperar, mas disseram também que eu não vou precisar passar esses 6 meses internado não, já já se tudo der certo eu volto para casa.”
- N21 “Disseram que eu preciso melhorar o pulmão e não ter perigo para passar para outras pessoas a doença.”
- N22 “O residente que me atendeu e eu falei já ao senhor e a enfermeira.”

Apêndices

- N23 “Eu moro sozinho e não tenho ninguém para me ajudar não, tudo sou eu”
- N24 “Eu ter demorado a procurar a UPA prejudicou demais meus pulmões, mas em termos de serviço mesmo eu não tive dificuldade não.”
- N25 “O médico diagnosticou logo e me mandou para cá. Atendeu rápido e fizeram os exames tudo que eu precisava na hora.”
- N26 “A facilidade é a gente ser atendido de graça. Tem fila, mas a gente espera e quem não pode esperar eles passam na frente lá na UPA.”
- N27 “Eu trabalhava na feira e sempre muito ativo. Aí apareceu uma tosse do nada, eu achei que fosse das chuvas, mas as chuvas foram embora e eu continuei tossindo, nem liguei, era aquele pigarro com tosse. O tempo foi passando e eu ainda só trabalhando e em casa, foi ai que as coisas pioraram, eu fui emagrecendo, tendo febre, eu acho, até que eu tossi um dia e botei sangue para fora, foi aí que eu procurei a UPA, lá me examinaram, conversaram comigo dizendo que eu tinha tuberculose e me mandaram para cá. Aqui fui atendido na sala vermelha, mas logo me mandaram aqui para enfermaria, fizeram os exames que eu já falei e eu estou aqui.”
- N28 “Só que é uma doença ruim demais e como essa sua pesquisa vai ser divulgada para o pessoal de São Paulo é bom que seja divulgada para todo o Brasil mesmo para mostrar que ela existe e que é perigosa para a gente.”
- N29 “A gente pensa que era só coisa do tempo antigo essa história de tuberculose, mas hoje em dia tem demais, olha aqui do lado, todas as camas ocupadas, só tem uma cama sem ninguém e aqui todo mundo está doente da mesma coisa.”

ENTREVISTADO O

- O1 “Meu filho eu comecei tossindo. Aí a tosse foi aumentando, começou a sair catarro e eu achei que era uma gripe.”
- O2 “Eu comecei a ter febre, perder peso, perder a fome e decidi tomar umas vitaminas por conta própria para melhorar a imunidade.”
- O3 “A tosse não passou e eu procurei a UPA.”
- O4 “Quando cheguei lá na UPA, o médico disse que era uma gripe e fiz nebulização para respirar melhor e ele passou um Xarope (Salbutamol) para tomar duas vezes ao dia até melhorar.”
- O5 “Voltei para casa e se passaram duas semanas e a tosse não melhorou, foi aí que eu voltei para a UPA novamente e dessa vez fizeram exames de sangue e raio-x.”
- O6 “Quando saiu o resultado o médico que me atendeu falou que eu estava com uma infecção pelo exame de sangue e que no raio-x tinha visto uma imagem feia que tomava quase um pulmão meu inteiro, foi aí que ele me disse que eu tinha tuberculose e que ia precisar ser internado para o tratamento para que eu não tivesse risco de piorar. Aí depois disso eu vim parar aqui.”

Apêndices

- O7 “Eu adoeci, fui duas vezes na UPA e aí na segunda é que acertaram o que eu tinha e vim para cá.”
- O8 “Eu não sei dizer os exames especificamente, mas coletaram meu sangue e fizeram o raio-x, isso na segunda vez, na primeira não fizeram foi nada de exame. Acho que por isso disseram que era só uma gripe.”
- O9 “A gente não resolve essas coisas assim em postinho não.”
- O10 “A gente tem que procurar um lugar que dê para fazer exames e ficar internado se precisar, eu estava muito doente.”
- O11 “Também tem o fato de que a gente não consegue consulta, não resolve muita coisa, aí eu já quis adiantar tudo e fui para a UPA.”
- O12 “Aqui eu fiz na emergência logo um raio-x e exames de sangue. Quando me internaram aí eu fiz mais exames de sangue e tomografia e o exame do catarro.”
- O13 “Quem me atendeu aqui foi o médico que vai cuidar de mim e o enfermeiro, o médico é o mesmo todo dia, mas o enfermeiro muda 2 vezes por dia, mas eu já conheço todo mundo. Todos preparados e educados.”
- O14 “Disseram que eu tinha tuberculose no pulmão e que era uma doença que tinha cura.”
- O15 “Agora eu sei, antes eu não sabia não.”
- O16 “A tuberculose é uma doença que pode atacar o corpo todo, o pulmão ou qualquer outro órgão do organismo da gente.”
- O17 “É uma bactéria que causa e que o tratamento é feito com antibióticos potentes para matar a bactéria.”
- O18 “A doença no pulmão causa tosse, emagrecimento, febre, dores, sangue pela tosse.”
- O19 “É a micobatéria da tuberculose. Pronto, esse é o nome. Eu tenho tudo anotadinho nesse caderno aqui.”
- O20 “Estou tomando um comprimido chamado Coxcip 4 que tem o antibiótico que eu preciso para ficar bom.”
- O21 “Aí eu vou tomar esse remédio durante 6 meses, mas tem gente que chega até a tomar um ano, eu sei disso por que a gente conversa aqui e tem gente aqui internada que já faz um ano que toma e não ficou bom e precisou internar novamente.”
- O22 “O médico, os enfermeiros, o povo aqui é tudo preparado, sabem demais.”
- O23 “Tive ajuda dos meus filhos que me levaram na UPA as duas vezes, mas da UPA para cá não precisei não.”
- O24 “Meus filhos trazem umas coisinhas assim para mim para eu poder passar o tempo, visitam, vêm conversar comigo.”
- O25 “Tive dificuldade não, mas acho que o médico primeiro lá da UPA teve, que ele disse que era só uma gripe e não era, já era a tuberculose instalada.”
- O26 “Mas no mais, foi tudo tranquilo e a sorte foi que o segundo doutor já acertou logo e me mandou para cá. Ele salvou foi minha vida. Já pensou se erra também e eu morro em casa?”

Apêndices

- O27 “Não acho que teve nada que facilitou não o diagnóstico, só o fato de eu já estar doente mais grave mesmo. Aí foi mais fácil.”
- O28 “Ah, meus filhos ajudaram demais, sempre preocupados comigo, moro sozinho, minha esposa é falecida, aí eles sempre estão presentes, quando decidi ir na UPA já tava em 5 minutos um na porta de casa me esperando para me levar.”
- O29 “Eu adoeci, aí tossia e passaram uns 2 meses nesse pigarro, com tosse, a tosse começou a botar um catarro para fora, eu comecei a sentir o que eu já lhe disse e fui para UPA. Lá disseram que era gripe e eu voltei para casa, o médico que me atendeu na UPA. Da primeira para a segunda vez na UPA passaram uns 15 dias e eu não melhorava, voltei na UPA e o médico que me atendeu disse que era a tuberculose, me mandou para cá. Aqui o povo já sabia e me atendeu sabendo que era tuberculose. O médico daqui e o enfermeiro do primeiro dia que me explicaram as coisas. Foi isso.”

ENTREVISTADO P

- P1 “Tudo começou com um pigarro na garganta que não passava e eu achava que era garganta inflamada mesmo, aí apareceu a tosse.”
- P2 “No começo era aquela tosse seca, chata, que irritava a garganta de tanto tossir e depois começou a sair catarro quando tossia.”
- P3 “Eu comecei a perder o interesse de fazer as coisas, eu me sentia cansada, mas não tinha feito nada e isso sempre piorava pelo finzinho da tarde.”
- P4 “Percebi que eu estava suando mais que o normal quando eu me deitava.”
- P5 “Quando eu acordei toda suada um dia eu resolvi ir na UPA que fica do lado da minha casa e lá disseram que era pneumonia, mas que não precisava ficar internada.”
- P6 “A médica que me atendeu era bem novinha, uma menina, acho que por isso que ela não soube o que eu tinha.”
- P7 “Passou um remédio para mim e me mandou para casa depois de eu ter feito a nebulização.”
- P8 “Voltei para casa e aí depois de uma semana sem melhorar vim direto aqui na emergência, eu moro aqui perto também, foi aí que me atenderam e fizeram um raio-x que também tinham feito lá na UPA e decidiram me internar por motivo de eu já ter os dois pulmões tomados pela doença.”
- P9 “De casa para UPA, voltei para casa e vim depois direto para cá.”
- P10 “Na UPA fizeram um hemograma completo, um raio-x e só.”
- P11 “Aí o tempo foi de começar o pigarro até eu ir na UPA foi 1 mês quase certinho, acho que um pouquinho mais.”
- P12 “Meu bairro não tem não PSF e se tem nunca ouvi falar, dizem que os agentes de saúde vão na sua casa quando tem no bairro, mas na minha casa nunca foi ninguém.”
- P13 “Aqui fizeram o do escarro, outro hemograma completo, uma tomografia e só, não sei se nos exames de sangue teve mais algum outro.”

Apêndices

- P14 “Primeiro veio a técnica de enfermagem e depois a enfermeira. Muito atenciosas, cuidadosas. Depois veio a médica que vai ficar cuidando de mim, parece uma boneca. Vocês são todos novos e bonitos. Povo muito competente.”
- P15 “A enfermeira me disse que tenho tuberculose pulmonar, ela me explicou como é a doença que parece uma pneumonia, mas não é e disse que vinha a médica falar comigo.”
- P16 “Quando a médica chegou ela me cumprimentou e disse que ia ser ela que ia cuidar de mim, ela me explicou que eu tinha a doença no pulmão e por isso tossia, por isso o catarro e por isso que talvez a doutora da UPA tenha achado que era pneumonia, porque parece bastante, mas que o que eu tinha era tuberculose e que eu não ficasse preocupada que tinha cura se eu fizesse o tratamento direitinho e que o que precisasse podia chamar qualquer um de vocês.”
- P17 “Pelo que eu entendi a tuberculose é tipo uma pneumonia do pulmão. A gente tosse, tem febre, por causa de uma infecção, né? Aí essa doença é de uma bactéria que entra no pulmão quando a gente respira e se estiver fraco ela se aproveita e adoce a gente.”
- P18 “Só disseram que era uma bactéria e que eu tinha que tomar remédios para ela.”
- P19 “Disseram que eu vou ficar internada tomando remédio até melhorar e que quando eu fosse para casa eu ia continuar fazendo o uso das medicações e ia ter que ficar vindo ser acompanhada aqui no hospital.”
- P20 “Falaram que se tudo der certo eu fico boa com seis meses. Vou fazer tudo certinho que é para ficar boa logo.”
- P21 “De nome não sei não, mas sei que tem antibiótico para a bactéria da tuberculose.”
- P22 “A minha médica e as enfermeiras daqui me explicaram tudo.”
- P23 “Meu esposo é quem me ajuda em tudo. Moramos só eu e ele em casa. Meus filhos tudo moram fora.”
- P24 “Não ele é forte e não adoeceu não. Trabalha como pedreiro e eu fico em casa, mas eu quem vou sempre na feira da rua, que vou onde tem mais gente, disseram que posso ter pegado a doença nesses lugares.”
- P25 “Graças a Deus a gente tem o SUS, se não tivesse eu não sei como ia fazer. O atendimento demora, mas a gente não paga, isso é bom, tudo de graça. A gente pobre tem chance de vencer as doenças.”
- P26 “Eu comecei sentindo dor de garganta, aqueles pigarros, sabe? Aí comecei a tossir e me sentir com cansaço no corpo, sem coragem de fazer as coisas, quando eu amanheci toda suada da noite, isso já tinha uns um mês, eu fui na UPA para ver o que era, a doutora disse que era pneumonia. Quando eu não melhorei com o remédio, com uns 8 dias, decidi vir direto para cá para o hospital e estou aqui até hoje.”

ENTREVISTADO Q

Apêndices

- Q1 “Eu comecei a ter muita dor de cabeça e tosse, tive febre durante uns 3 dias e fui para a UPA, antes eu não sentia nada, sabe?”
- Q2 “Aí chegando lá na UPA o médico que me atendeu pediu exames de sangue e um raio-x depois de ter escutado meu pulmão. Ele disse que o que eu tinha era gripe. Voltei para casa e repousei, fiquei de atestado uns 3 dias, a tosse piorou e a febre sempre vinha mesmo tomando remédio.”
- Q3 “Aí eu voltei na UPA de novo e mais uma vez a médica disse que era uma gripe mal curada, passou uma antibiótico e disse que eu repousasse.”
- Q4 “Lá na UPA eu ainda fiz nebulização.”
- Q5 “Voltei para casa e a tosse piorou com uns 5 dias. Foi aí que eu tossi e saiu sangue, achei que era por tanto tossir, mas era muito sangue. Depois disso eu vim direto para o hospital aqui, moro bem pertinho e deu para vir.”
- Q6 “Antes eu não tinha vindo que achava que na UPA curavam e era pouca coisa, com o sangue saindo foi que eu tive medo de ser muito grave, me assustei e vim correndo para cá. Aqui eu fiquei na sala vermelha 2 dias e me mandaram para enfermaria depois.”
- Q7 “UPA duas vezes e na terceira já vim para o hospital direto.”
- Q8 “Só na primeira vez que fizeram exame. Exame de sangue e raio-x.”
- Q9 “Na segunda, mal olharam para mim, imagine fazer exame.”
- Q10 “Da primeira vez passou uns 5 dias de adoecer e ir na UPA, aí voltei para casa e passaram mais 3 dias, fui para casa de novo e aí depois de 5 dias eu piorei de vez e vim para o hospital.”
- Q11 “Sei que tem, mas não procurei para poder receber um tratamento melhor logo, lá só tem o básico e na UPA tem mais coisas que a gente pode fazer. Olhe só, fizeram raio-x, exame de sangue e tudo que não tinha como fazer no PSF.”
- Q12 “Aqui fizeram de tudo, exames de sangue, tomografia, exame de escarro e disseram que iam fazer teste rápido para a tuberculose.”
- Q13 “Aqui quem me atendeu foi o médico e a enfermeira.”
- Q14 “O médico foi quem me explicou mais as coisas. Ele disse que eu já estava com um estágio avançado da doença e que foi muito rápido. Eu precisava ficar internada para poder me tratar do jeito certo e não ter risco para piorar a situação o que já não estava boa.”
- Q15 “Ele disse que o exame da tomografia mostrou que tem um buraco no meu pulmão esquerdo bem em cima e por isso que eu botei sangue para fora na tosse. Ele disse que a bactéria foi quem destruiu essa parte do meu pulmão.”
- Q16 “É uma doença igual à pneumonia, a gente tem tosse, febre, dor de cabeça, atinge os pulmões e por isso a gente pode tossir sangue junto”
- Q17 “É uma bactéria que causa que a gente pega indo para onde tem muita gente junta.”
- Q18 “Não, só disseram mesmo que era uma doença por bactérias”

Apêndices

- Q19 “O médico falou que eu passo pelo menos um mês aqui internada e que depois se tiver alguma melhora é que eu vou para casa, mas que eu vou continuar o tratamento uns 6 meses a 1 ano.”
- Q20 “Estou tomando muitos antibióticos, não sei os nomes certinho, mas sei que são uns 5 diferentes.”
- Q21 “Eu chega me assustei com o tanto de remédio que tomo.”
- Q22 “Uns eu tomo com água, outros são na veia.”
- Q23 “Meus filhos quem me ajudam em tudo, sou viúva e moro sozinha hoje em dia.”
- Q24 “Acho que só o fato de terem errado o que eu tinha duas vezes, mas para ir até a UPA e para cá no hospital não tive dificuldade nenhuma não.”
- Q25 “Na nossa vida nunca tem muita facilidade, né doutor?”
- Q26 “Eu comecei sentido dor de cabeça e moleza, como se fosse uma gripe forte mesmo, aí com uns 3 dias eu fui na UPA a primeira vez, né?! Lá disseram que era gripe e fui para casa, com um tempo depois, uns 4 dias eu voltei para a UPA e aí a médica disse que era a gripe mal curada, fiz nebulização e ela passou um novo remédio para mim. Foi aí que a febre não passava e eu fiquei preocupada, corri para o hospital quando tossi e saiu sangue e tô aqui. Foi isso.”

ENTREVISTADO R

- R1 “Eu comecei a sentir uma coisa ruim que foi piorando.”
- R2 Eu sentia um engasgo na garganta, como se tivesse algo para descer. Depois de uns dias sentindo isso eu comecei a tossir, mas achei que era normal. Nem liguei.
- R3 “Os dias foram passando e eu fui vendo que tudo ia piorando, começou a febre de noite, eu perdi meu apetite, não tinha mais vontade de comer nada. Fui esmorecendo, esmorecendo, quando vi já quase nem tinha força para levantar da cama, era uma moleza, uma sensação de peso no corpo.”
- R4 “Foi aí que eu fui para a o pronto atendimento do meu bairro. Quando chegou lá me colocaram logo na sala vermelha, eu estava muito fraca e debilitada.”
- R5 “O médico me atendeu, pediu uns exames, eu já fiquei no oxigênio lá, pegaram veia, fizeram tudo. Aí fizeram um raio-x do peito e viram que tinha uma alteração.”
- R6 “Na mesma hora o doutor falou comigo e disse que ia pedir uma senha para que eu ficasse internada no hospital e disse que ia me mandar para cá que era onda tratava gente com tuberculose.”
- R7 “Passei não, foi só de casa para a UPA e da UPA para cá pro hospital.”
- R8 “Na UPA colheram sangue meu e fiz o raio-x. Não sei dizer os exames que fizeram não. Sei que deu que eu tinha tuberculose o doutor disse.”
- R9 “De eu adoecer o comecinho e ir para a UPA passou uns 2 meses.”

Apêndices

- R10 “Eu não sei nem o que é isso. O PSF não funciona não. Nunca consegui uma consulta lá, meus menino que às vezes são atendidos, mas eu nunca consegui. Sempre tem uma fila grande demais para as consulta com o médico.”
- R11 “Quando vi já tava doente demais para ir lá.”
- R12 “Aqui eu fiz um exame que entra dentro de um negócio grande (tomografia), fiz um raio-x do peito e fizeram mais exame de sangue. Pediram depois que eu escarrasse num pote, mas não saiu nada não.”
- R13 “Tem os enfermeiros também, mas o médico que me explicou as coisas da doença.”
- R14 “Ele falou que eu estava com essa doença (tuberculose) que eu devia ter procurado logo quando comecei a sentir as coisa ruim, que a doença tinha cura e que meus pulmões estavam afetado.”
- R15 “Que ataca o pulmão e vai consumindo a gente por dentro.”
- R16 “Disseram só que era uma bactéria que causa a infecção. Entra no pulmão e sai comendo tudo. Aí a gente tosse.”
- R17 “O doutor disse que eu ia ter que ficar tomando medicamento por um bom tempo.”
- R18 “É umas vitamina na veia, uns comprimido e um monte de outros remédio.”
- R19 “O médico que me acompanha. Foi ele que me atendeu no começo e tá me acompanhando aqui até hoje.”
- R20 “Minhas vizinha me ajudavam com as crianças lá de casa. Tenho 5 filho pequeno, doutor. Aí já viu, né? Doente, sem coragem de fazer nada, aí elas me ajudava.”
- R21 “A dificuldade era só ter coragem de vim. Eu não tinha coragem de fazer nada. Aí eu enfraqueci tanto que eu fiquei com medo e tive que ir logo atrás de tratamento senão eu ia me acabar em casa.”
- R22 “Só a ajuda da vizinha para ficar com os menino.”
- R23 “Eu comecei a sentir que estava alguma coisa estranha.”
- R24 “Eu era acelerada para fazer as coisas, aí comecei a sentir uma agonia dentro de mim, um entalo na garganta, eu tossia e não passava aí a tosse começou a apertar e eu achei que era uma tosse besta, eu já tinha passado um tempo tossindo assim outras vezes, aí achei que era normal.”
- R25 “O tempo foi passando e eu tive umas febre de noite que eu nunca tive na vida e fui perdendo a vontade de comer, de ir para os lugares, até de sair para conversar com a vizinha.”
- R26 “Foi aí que eu decidi ir na UPA para saber o que eu tinha, eu tava cansada, aí na UPA o médico me deu oxigênio, uns remédio na veia, viu o raio-x e disse que ia pedir uma vaga para eu me internar que já tava com necessidade de ficar internada a tuberculose. Foi aí que eu vim parar aqui. Entrei pela sala vermelha e com dois dias eu já estava aqui na enfermaria. Eu fiquei no corredor um dia e no outro já estava aqui. Pronto, foi isso só.”
- R27 “Só que é uma doença ruim, né? Quem puder se cuidar, se alimentar, se proteger dela é que devia fazer, que é uma doença que vai consumindo aos poucos, a gente vai esmorecendo quando vê não tem mais força para nada.”

ENTREVISTADOS

- S1 “Eu trabalho com reciclagem de lixo.”
- S2 “Aí a gente fica tudo num galpão grande, tudo junto e tinha umas pessoa que tava tossindo, nessa época de chuva tem muita gripe.”
- S3 “Aí eu comecei a tossir, a tossir, não parava, vez ou outra tinha aquele pigarro e voltava a ter vontade de tossir.”
- S4 “A tosse foi aumentando, quando deu uns 15 dia de tosse eu fui escarrar e saiu aquela “prastada” de sangue no cuspe.”
- S5 “Aí eu me preocupei. Fui no postinho da comunidade e tava fechado já, aí eu desci pro galpão de novo e no outro dia de manhã eu fui no posto md atendimento.”
- S6 “Chegando lá disseram que eu fosse logo para a UPA e que lá não tinha muito o que fazer não, como eu falei que tinha cuspidido sangue, disseram que precisava ser no hospital.”
- S7 “Nessa UPA eu esperei ainda umas 4 horas pra ser atendido.”
- S8 “Aí escarrei sangue lá, me deram só uma máscara pra eu colocar e eu fiquei esperando. Tinha muita gente precisando. Gente com todo tipo de doença, bala, osso quebrado, tudo.”
- S9 “Aí quando eu fui atendido a doutora já disse logo que ia me encaminhar pro lugar especializado em tratar essas coisas. Ela disse que tinha tudo para ser tuberculose, mas que o raio-x da UPA tava sem funcionar naquela hora e que ela ia mandar que eu já tava tossindo fazia tempo e com essa história de sangue ela decidiu me internar.”
- S10 “Pedi e a ambulância trouxe pra cá.”
- S11 “Aqui eu ainda passei uns 3 dias no corredor, mesmo com tosse e depois vim para a enfermaria aqui.”
- S12 “Aqui o médico achou também que eu tava com tuberculose.”
- S13 “Deu mais ou menos uns 15 a 20 dias. Acho que foi 15 dias mesmo.”
- S14 “Na UPA só de sangue mesmo. A médica disse que o raio-x de lá não estava funcionando.”
- S15 “Assim que eu cheguei fizeram o raio-x do pulmão, exame de escarro. Aí com o tempo fizeram mais exame de sangue, fizeram de fezes, de urina, de HIV, perguntaram se eu usava droga e eu disse que não, aí fiz uma que é tumorgrafia e é esses que eu sei.”
- S16 “Logo que eu cheguei quem me internou aqui foi a enfermeira, ela veio, viu a pressão, temperatura, disse como funcionava aqui, perguntou se eu já sabia o que eu tinha e eu disse que já, ela falou que era todo mundo ali com a mesma doença e que o médico ia vim falar comigo.”
- S17 “Quando o médico chegou ele tava com mais uns 3 estudante. Eles examinaram da cabeça aos pés, acho ele era professor, aí me entrevistaram, perguntaram a mesma

Apêndices

- coisa que o senhor me perguntou aqui, explicaram que eu tava com tuberculose e que era capaz de eu ter pego lá no galpão.”
- S18 “Disseram para eu não me preocupar que a doença tinha cura, mas que eu ia precisar ficar internado para tratar e não piorar que já estava num estágio avançado. Ele me mostrou o raio-x pra eu ver e tinha um buraco no meu peito nos dois lado.”
- S19 “A tuberculose é uma doença que afeta o pulmão, pode gerar tosse, febre, perda de peso, pode fazer a gente sangrar pela boca quando tosse, o médico falou que é uma doença que tá muito ligada com as condições de higiene de onde a gente vive, se a gente se alimenta bem, se tem as defesas boa, se a gente convive com muita gente, se tem risco de ter alguém doente com a gente.”
- S20 “Ele falou que é uma doença de bactéria, que fica no ar, a gente respira e ela entra no pulmão e se a gente estiver fraco das defesas a gente adocece.”
- S21 “Ele perguntou a um dos alunos quanto tempo era o tratamento. Disseram que era de 6 meses até 1 ano ou mais, aí uma aluna me explicou que era antibióticos, quatro antibióticos tudo num comprimido só, mas eu não lembro o nome dos antibiótico não.”
- S22 “Sei desses antibióticos, sei de remédio para dor, que eu senti umas dores de cabeça, tem soro que tomo na veia, acho que só.”
- S23 “O pessoal da reciclagem é todo muito unido, a gente se ajuda como dá, quando um não consegue nada o outro vai lá e divide as coisas, a comida e assim a gente vai levando. Isso ajuda muito, só em saber que tem gente que quer ver você curado já ajuda, a gente do lixo é tratado feito animal pelas pessoas.”
- S24 “Dificuldade foi só mesmo ter ido e o posto estar fechado, mas foi meio tarde já, eles não têm culpa não, era o horário deles. E teve também eu ficar mais de 4 horas tossindo e esperando na UPA, o raio-x quebrado também dificulta, né?”
- S25 “Para gente como eu tudo é difícil, o povo sente o cheiro e tem nojo, mas é meu trabalho, eu sou limpo, mas preciso ir no lixo para tirar meu sustento, sou sozinho no mundo e eu tenho que procurar um modo de subir na vida, melhor cheirar mal, mas ser honesto, ter um trabalho digno.”
- S26 “Foi assim, eu comecei com uma tosse que não passava, aí a tosse foi aumentando, parava e voltava com pouco tempo depois, aí com uns 15 dias eu tossindo direto, eu coloquei sangue no catarro, aí eu fui procurar o PSF que atende o lugar que o galpão fica, aí estava fechado já que eu já fui no finzinho da tarde. Aí no outro dia de manhã cedo eu fui e disseram que eu devia procurar uma UPA, o caso já estava avançado demais e precisava de coisa que lá não tinha. Quando cheguei na UPA esperei quase a manhã inteira para ser atendido e quando fui atendido o raio-x estava quebrado, mas aí a doutora disse que ia me mandar para ser internado no hospital que tratava de tuberculose que eu tava tossindo sangue e que pela minha história parecia muito com a chance de ter tuberculose, aí eu vim aqui para o hospital.”
- S27 “Só que a gente tem que se cuidar, quem tem condições, quem pode se alimentar bem, ter uma casa, um trabalho certinho tem que se cuidar.”

S28 “O povo disse que adoeci por causa de onde eu moro e o que eu faço, isso pode ter ajudado, mas aí eu só tenho isso na vida, não tenho muito o que fazer, a sorte é que tem hospital de graça e que a gente aqui come, dorme, não tem rato, não tem chuva e a gente pode se cuidar, agradeço a vocês todos por me ajudarem nessa caminhada.”

ENTREVISTADO T

- T1 “Eu inicialmente senti um desconforto no peito e comecei a tossir, aparecia como se fosse uma coceira na garganta e eu começava a tossir sem parar.”
- T2 “Depois de um tempo, acho que umas 3 semanas a tosse ainda existia, mas eu achava que era alguma coisa alérgica, já que eu tenho muita alergia e com a mudança no clima eu geralmente adoço.”
- T3 “A diferença é que eu percebi que eu vinha perdendo peso mesmo sem fazer dieta nem atividade física.”
- T4 “Não tive febre, não tive nada, só que depois de um tempo eu comecei a perder a vontade de fazer as coisas que eu já fazia, era uma indisposição que não tinha motivo para mim.”
- T5 “Depois que eu passei a ficar mais indisposto eu fui procurar ajuda no posto de saúde da família.”
- T6 “Quando cheguei lá agendaram para eu fazer o exame de escarro e já me deram a medicação, o comprimido que eu tinha que ficar tomando, isso o médico e a enfermeira do posto que me orientaram.”
- T7 “Quando saiu o resultado do exame eu estava com três cruzeiros para tuberculose, mas já estava me tratando.”
- T8 “O problema é que passaram seis meses e continuei ainda com o escarro positivo. Foi aí que me encaminharam para me tratar aqui, só que a doença avançou e eu passei a tossir com sangue e me internaram.”
- T9 “Exatamente, lá no posto já disseram que eu deveria tomar o Coxcip 4 e seguir sendo acompanhado lá.”
- T10 “Acho que 1 mês. Foi isso, demorou um pouco mais de 1 mês.”
- T11 “Aqui eles fizeram nova baciloscopia, fizeram hemograma, exames para saber como estavam os meus rins e o fígado, fizeram tomográfica do tórax e do abdome, já que eu tinha uma dor abdominal que não sabia de onde vinha, fizeram sorologias para HIV, hepatites, fizeram o teste rápido para tuberculose e de sensibilidade da bactéria, foi aí que viram que era resistente à medicação que eu estava tomando.”
- T12 “Aqui quem me atendeu na emergência foi o médico de lá que me internou aqui na enfermaria. Aqui quem me acompanha são os médicos residentes, o chefe deles e o enfermeiros.”
- T13 “Depois que eu adoeci eu decidi pesquisar e vi que é uma doença causada por uma bactéria, micobacterium tuberculosis, a forma que eu tenho é a forma pulmonar da doença, mas que existem outras formas em outros órgãos.”

Apêndices

- T14 “Além das minhas pesquisas aos médicos e enfermeiros me explicaram muito sobre a doença, principalmente o chefe dos médicos que me explicou que a minha condição era de tuberculose MDR que é aquela resistente às medicações comuns que existem dentro do Coxcip, já venho nessa luta há 1 ano e ainda não tive muita resposta, mas espero que dê tudo certo.”
- T15 “Ele me explicou que algumas situações a bactéria se torna resistente aos antibióticos comuns e aí é necessário que o paciente interne para que possa tratar de forma adequada e tentar eliminar a infecção.”
- T16 “Disseram que agora eu teria que fazer alguns antibióticos venosos mais potentes e fazer o acompanhamento das lesões do pulmão e a baciloscopia, se caso eu fique negativo posso ter alta e voltar a tentar fazer o tratamento em casa.”
- T17 “Agora não me lembro bem o nome dos novos antibióticos, mas sei que mudaram, não estou mais usando os anteriores e agora não são mais no comprimido, são venosos, eles colocam no soro que eu tomo.”
- T18 “Minha esposa é quem mais me ajuda, eu tive que me afastar do meu emprego e ela quem segurou as pontas de casa, agradeço muito ao apoio dela e dos meus irmãos que não deixaram a gente passar nenhuma necessidade nesse tempo em que estou afastado.”
- T19 “Não, com relação ao diagnóstico foi tranquilo, rápido. O problema é só o fato de ser MDR, isso sim vem complicando minha vida.”
- T20 “Com certeza, a velocidade que começaram a me tratar assim que eu cheguei lá na ESF, o acompanhamento que recebi ao longo desse tempo foi muito importante.”
- T21 “Eu adoeci, como disse anteriormente, fui ao posto da ESF do meu bairro, de lá fiquei sendo acompanhado lá mesmo, mas como ainda era positivo para a tuberculose depois dos 6 meses de tratamento me encaminharam logo para o ambulatório daqui, mas ainda fiquei um pouco pior e tive que ser internado. Estou aqui agora e espero que consiga me livrar desse mal.”
- T22 “Querida dizer às pessoas que procurem ajuda logo que sentirem os primeiros sintomas, não esperem que a doença piore.”
- T23 “Conheci muita gente que se curou por ter procurado logo se tratar, mas tem vezes que mesmo a gente procurando a bactéria é resistente e a gente vai precisar passar um tempo maior lutando contra ela, mas que tudo vai dar certo.”

ENTREVISTADO U

- U1 “Eu comecei tossindo, aí a tosse foi ficando mais forte e depois apareceu febre, perdi a vontade de comer, as pernas foram ficando fracas, até que eu perdi peso demais e não aguentava mais levantar da cama, eu já sou idoso e agora ficou pior.”

Apêndices

- U2 “Aí o pessoal de casa me levou na UPA e da UPA mandaram para cá, no caso o médico me examinou e disse que ia me transferir.”
- U3 “Eu adoeci e fui para a UPA e da UPA eu vim para o hospital transferido.”
- U4 “Lá coletaram meu sangue, bateram uma chapa do pulmão e aí o médico disse que era tuberculose e que ia me encaminhar para cá, já que eu tinha perdido muito peso e estava fraco.”
- U5 “O tempo entre eu começar a tossir e ir para a UPA deu uns 3 meses.”
- U6 “Era uma tosse seca, chata e diziam que era tosse de velho mesmo, foi quando apareceu a febre que meus filhos resolveram me levar na UPA.”
- U7 “Eu não tinha disposição para nada, quem resolveu tudo foram meus filhos, sou viúvo e moro sozinho, aí tinha uma menina minha que tava morando comigo e foi ela que organizou com os irmãos, eles decidiram tudo.”
- U8 “Aqui eu fiz exame de sangue, mandaram eu escarrar dentro de um copo, fizeram exame do pulmão mandando eu assoprar um tubo grosso (espirometria), me botaram dentro de uma caixa branca (tomografia) pense num frio que eu passei.”
- U9 “Disseram que meu pulmão tava com tuberculose e que eu ia precisar me tratar para poder ganhar peso de novo e voltar para casa.”
- U10 “Na minha época o povo cuspi sangue, chamava de tísica. Hoje o nome mudou, mas sei que mata, atinge os pulmões e mata.”
- U11 “Disseram que é as defesa que fica fraca e a gente adocece.”
- U12 “Disseram que ia ter que tomar um comprimido e que ia durar meio ano.”
- U13 “Tive ajuda da minha menina que morou comigo fazendo comida e cuidando de mim, teve meus outros filhos que ajudaram também.”
- U14 “Só a dificuldade de depender dos outros. Mas o resto foi tudo organizado.”
- U15 “Ter com quem contar, no caso meus menino. Isso que salvou minha vida.”
- U16 “Foi como eu disse ao senhor, eu adoeci, comecei tossindo demais, apareceu a febre e da febre eu fui perdendo as força, fui ficando fraco e esmorecido, perdendo peso, aí o povo viu que eu estava mal e que eu tinha que ir para o médico, foi aí que me levaram na UPA e de lá já mandaram para o hospital aqui que eu estou.”
- U17 “Só agradecer a vocês pela ajuda e cuidados.”

ENTREVITADO V

- V1 “Eu comecei sentindo febre e tosse. Uma tosse que não passava
- V2 “Passei umas três semanas tossindo e era seca, a febre dava quase todo dia de noite e eu decidi procurar a UPA.”
- V3 “Na UPA me examinaram e fizeram um raio-x e disseram que era pneumonia. Fiz nebulização e passaram antibiótico para casa.”

Apêndices

- V4 De casa para UPA foi três semana, depois da UPA para cá foi mais uma semana também, então vamo dizer que foi quatro semana.”
- V5 “Passou mais uma semana e a febre não cedia e a tosse começou a ficar com catarro verde e com sangue aí eu vim direito para cá, que eu moro aqui perto e não tem postinho pela região.”
- V6 “Aqui fizeram todos os exames, de sangue, raio-x, tomografia, escarro, disseram que tem um teste rápido que fizeram também, rastrearam tudo que podia e descobriram que era tuberculose.”
- V7 “Até aqui eu contei com o apoio da minha esposa que é com eu vivo hoje.”
- V8 “Não recebi nenhuma ajuda do governo nem precisei gastar para chegar aqui não, moro perto.”
- V9 “Aqui a enfermeira me explicou que eu estava com tuberculose,”
- V10 “É uma doença que pode atacar os pulmões e outras partes do organismo também. Quem causa é uma bactéria que a gente pega quando está com as defesas baixas.”
- V11 “Falaram que o tratamento é com antibiótico, mas que não tem um tempo exato, pode ser seis meses, pode ser mais, vai depender de como eu organismo vai responder ao tratamento no final.
- V12 “Eu não sei o nome dos remédios não, mas todos os dias eles me dão e é bom que é de graça.”
- V13 “Antes de adoecer eu não sabia o que era tuberculose não.”
- V14 “A dificuldade que eu encontrei foi só a de se deslocar na UPA e errarem meu diagnóstico, mas o resto não teve dificuldade não, depois que chegou aqui foi rápido.”
- V15 “De facilidade que eu acho é o SUS ser de graça, né? Ajuda a gente que não tem condição direito.”
- V16 Os médicos e enfermeiros daqui são tudo preparado. Explicam direito.”
- V17 Aqui a gente se sente bem tratado, o pessoal é atencioso e no fim das contas querem nosso bem.”

ENTREVISTADO W

- W1. “Senti doente quando eu comecei a esquentar o corpo, com febre.”
- W2. “Aí eu fui sentindo uma fraqueza e perdendo peso e comecei a tossir.”
- W3. “Era uma tosse seca que não parava.”
- W4. “Foi aí que eu decidi ir na UPA aqui perto de casa com uns 10 dias.”
- W5. “Lá disseram que era uma virose.”
- W6. “Fiz nebulização, exame de sangue, raio-x e botaram um soro e mandaram para casa dizendo que eu bebesse muita água.”
- W7. “Quando foi com uns 15 dias eu me senti pior e fui para a UPA de novo. Com tosse e febre alta.”

Apêndices

- W8. “O médico disse que pelos exames já tinha um problema no pulmão e que ia me mandar aqui para o Otávio.”
- W9. “Avisei em casa à minha esposa e a ambulância me trouxe.”
- W10. “Aqui me examinaram dos pés à cabeça.”
- W11. “Fizeram exame de sangue, tomografia, raio-x, teste de HIV e tudo. Tudo que podia fazer com sangue eles fizeram para saber minhas taxas se tava tudo normal.”
- W12. “Quem me atendeu aqui foi um médico e a enfermeira.”
- W13. “Explicaram que eu tava com tuberculose e que era uma doença que tinha cura.”
- W14. “Disseram que eu ia me tratar até ficar melhor para poder voltar para minha casa.”
- W15. “Disseram que dura seis meses.”
- W16. “O tratamento tá sendo feito com um remédio chamado COXIP que tem todos os antibióticos juntos que eu preciso para ficar bom.”
- W17. “Dificuldade que eu senti foi só a de terem errado o que eu tinha. Podiam ter dito logo da primeira vez e talvez eu tivesse melhor.”
- W18. “De facilidade foi a agilidade do povo a UPA em me mandar logo para cá, não gastei com nada, tudo eles que providenciaram.”
- W19. “O apoio que eu tenho é da minha esposa e da minha família que não deixam faltar nada lá em casa enquanto eu estou aqui.”
- W20. “Para mim a tuberculose é uma doença ruim demais.”
- W21. “Com tuberculose você não trabalha, pode passar para os outros, é uma doença que passa pelo ar. Aí eu respiro e boto as bactérias para fora, você respira e adquire a doença. Diz que ela começa pelo pulmão, mas pode se alastrar pelo corpo inteiro e isso é perigoso.”
- W22. “Eu me senti com o corpo quente, febre. Comecei com uma fraqueza, perdendo peso e comecei com tosse. Fui na UPA e disseram quer era virose, fiz nebulização tomei soro, exames e fui para casa. Quando passei um tempo em casa eu piorei muito e voltei na UPA, quando voltei fizeram exames de novo e eu já vim para cá e fiquei internado.”

ENTREVITADO X

- X1. “No começo eu tive tosse que não parava e depois foi piorando. Tossia toda hora.”
- X2. “Os dias foram passando e a tosse já botava catarro para fora e começou a febre.”
- X3. Procurei a UPA direto já que pensei que era uma gripe forte ou até uma pneumonia.”
- X4. “O médico que me atendeu disse que era pneumonia e passou antibiótico para mim.”
- X5. “Lá fizeram exame de sangue e raio-x.”
- X6. “Entre eu começar a tossir e ir para a UPA passaram uns 15 dias.”
- X7. “Aí voltei para casa e passei a tomar os remédios que receitaram, mas nada da tosse passar, parece que piorou que aí eu vi que tava era perdendo peso.”
- X8. “Decidi vir direto para cá. Aqui é hospital e já resolve logo.”

Apêndices

- X9. “O PSF é longe e tem uma dificuldade grande para marcar as consultas, a gente quase não consegue ficha lá e tem dia que nem médico tem. Por isso fui direto para a UPA e depois para cá.”
- X10. “O médico da emergência me examinou, fez raio-x e disse que pela história e pelo raio-x o que eu tinha era tuberculose e não uma pneumonia.”
- X11. “Fui internado e vim parar aqui.”
- X12. Aqui fizeram muitos exames. Fizeram exame de sangue, tomografia, escarro, um tal de teste rápido para tuberculose e um monte de exame.”
- X13. Quem me atendeu aqui na enfermaria foi o médico que vai me acompanhar e a enfermeira.”
- X14. O médico me explicou que eu estava com tuberculose e que eu ia ficar internada por um bom tempo ainda até sair com segurança do hospital para que eu não piorasse em casa.”
- X15. “Eu sei que a gente trata por pelo menos seis meses, a enfermeira me disse.”
- X16. “Os nomes dos remédios em si eu não sei não.”
- X17. “Sei que eu tomo um comprimido grande em jejum que dizem que tem tudo que preciso de remédio para a doença ali e que eu vou ficar bom.”
- X18. Para mim a tuberculose é uma doença que ataca os pulmões da pessoa e vai se proliferando até que a gente começa a tossir, tem gente que no lugar de catarro bota até sangue pela tosse.”
- X19. “De dificuldade eu achei só o fato de eu ter ido na UPA e o médico ter dito que eu tinha uma coisa que não tinha. Eu já tinha tuberculose e ele disse que era pneumonia.”
- X20. A facilidade que eu acho é o SUS ser de graça. Se tivesse que pagar por isso aqui eu não tinha condições não.
- X21. “Quem me ajudou até aqui foi minha esposa. Vive só eu e ela em casa.”
- X22. “Fiquei com medo dela adoecer também, mas ainda bem que não adoeceu.”
- X23. “Disseram que eu posso ter pegado essa doença no trabalho, já que lá tem muita gente aglomerada na feira.”
- X24. Aqui no hospital a gente tem tratamento bom, o pessoal é atencioso e tudo preparado para cuidar de gente como eu.”
- X25. “Eu senti uma tosse chata que não parava, a tosse foi aumentando e eu fui botando catarro para fora. Aí eu decidi ir na UPA. Quando chegou lá fizeram exame de sangue e raio-x e o médico que me examinou disse que eu tinha pneumonia e passou remédio para tomar em casa. Cheguei em casa tomei o remédio todo durante os dias que ele disse que era para tomar e parece que eu só fiz piorar, comecei a perder peso e vim direto para cá e aqui decidiram me internar.”

ENTREVISTADO Y

Apêndices

- Y1. “Primeiro apareceu a tosse.”
- Y2. “Eu não achei que fosse nada diferente, achei que era alergia, o tempo seco.”
- Y3. “Aí depois da tosse começou a parecer uma febre todo final de tarde para começo da noite.”
- Y4. “Comecei a tomar um lambedor de casca de abacaxi para botar a gripe para fora.”
- Y5. “Passou uns 10 dias e a tosse não parou e a febre também não aí eu decidi vir direto aqui no hospital.”
- Y6. “Vim direto por morar aqui vizinho e aqui atende todo mundo.”
- Y7. “Pensei que já faria os exames todos necessários para poder dizer o que eu tinha aí eu pegue e vim.”
- Y8. “Aqui o médico me examinou e fez raio-x e exames de sangue e disse que o que eu tinha era tuberculose.”
- Y9. “Ele disse que o raio-x mostrou para ele e minha história também, além de um teste rápido que eles fazem que já diz se a pessoa tem ou não a doença.”
- Y10. Não tive apoio de ninguém não, eu vim sozinha, mas aí minhas irmãs vêm me visitar e trazem o que eu preciso. Então eu tenho o apoio delas.”
- Y11. “De dificuldade eu não encontrei nada não, vim e fui atendida.”
- Y12. “Aqui o médico me explicou que vou tomar o remédio por pelo menos seis meses e que se tudo der certo eu fico curada.”
- Y13. “Os nomes dos remédios eu não sei, sei que é antibiótico que mata a bactéria da tuberculose.”
- Y14. “A tuberculose é uma doença que ataca os pulmões e que aos poucos vai se espalhando por eles e chega até a destruir o órgão se não se cuidar.”
- Y15. “Aqui todo mundo é muito atencioso e disposto a ajudar.”
- Y16. “Médico, enfermeiro e os técnicos de enfermagem são muito preparados.”
- Y17. “Foi como eu disse, senti a tosse, pensei que não fosse nada e deixei para lá. Passou um tempo e comecei a ter febre e comecei a tomar lambedor para ver se melhorava. Depois de uns 10 dias tomando o lambedor e nada de melhorar decidi vir direto no hospital. Aqui me examinaram e disseram que eu estava com tuberculose e me internaram.