

## PERCEÇÃO DO PACIENTE COM TUBERCULOSE SOBRE A INTERNAÇÃO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO\*

### PERCEPTION OF TUBERCULOSIS' PATIENT ABOUT THE NECESSITY OF A SPECIALIZED TREATMENT CENTER

### PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS SOBRE EL INGRESO A UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

CRISTIANE GONÇALVES ASSUNÇÃO\*\*

JULIANA DELLA ROVERE SEABRA\*\*\*

ROSELY MORALES DE FIGUEIREDO\*\*\*\*

#### RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo objetivo foi caracterizar, segundo a perspectiva dos pacientes com tuberculose (TB), os elementos que determinaram a sua internação em hospital especializado. Foram entrevistados 20 pacientes e suas opiniões analisadas quanto conhecimento sobre a doença, tratamentos anteriores e motivos da hospitalização. Avaliou-se, também, a caracterização dos mesmos quanto à idade, sexo e procedência, sendo a maioria masculina, com média de idade de 44,5 anos, não possuíam família nuclear e tinham procedência urbana. Oito pacientes estavam tratando TB pela primeira vez. Foram identificadas quatro categorias: falta de conhecimento sobre TB, medo de preconceito, abandono do tratamento ambulatorial e motivos para internação. Conclui-se que essa população em questão considera a internação como sendo uma alternativa favorável, tanto no que se refere ao apoio social como à continuidade terapêutica.

**Palavras chave:** Tuberculose, enfermagem, tratamento ambulatorial, internação.

#### ABSTRACT

This is a qualitative survey whose objective was to characterize, according the perspective of tuberculosis' patient (TB), the elements that had determined which caused them to undergo in specialized hospitalization. Twenty patients were surveyed and had their opinion analyzed concerning knowledge on the illness, previous treatments and determining causes for hospitalization. These patients' characterization was also assessed, concerning age, gender and origin. Most of them were men around 44, 5 years old, without nuclear family and of urban origins. Eight patients were undergoing TB treatment for the first time. Four categories were identified: unawareness of TB, fear of prejudice, abandonment of ambulatory treatment and reasons for hospital treatment. It was concluded that these people consider hospital treatment as a favorable alternative, both for its social support and therapeutic continuity.

**Keys words:** Tuberculosis, nursing, ambulatory treatment, hospitalization.

\* Trabalho de Iniciação Científica (Financiado pelo PIBIC/UFSCar/CNPq) desenvolvido no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

\*\* Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Brasil. E-mail: cristiane\_g@hotmail.com.

\*\*\* Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Brasil. E-mail: juseabra03@yahoo.com.br.

\*\*\*\* Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem - da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - Brasil. E-mail: rosely@ufscar.br

## RESUMEN

Investigación cualitativa cuyo objetivo fue caracterizar, según la perspectiva del paciente con tuberculosis (TBC), los elementos que determinan su ingreso en un hospital especializado. Fueron entrevistados 20 pacientes y sus opiniones analizadas según el conocimiento de la enfermedad, los tratamientos anteriores y las causas que determinaron la hospitalización. Su caracterización se realizó según edad, sexo y procedencia. La mayoría era del sexo masculino, la media de edad era de 44,5 años, sin familia nuclear y tenían procedencia urbana. Ocho pacientes se trataban la TBC por primera vez. Se identificaron cuatro categorías: falta de conocimiento sobre la TBC, miedo al prejuicio, abandono del tratamiento ambulatorio y motivos para la internación. La conclusión es que la población estudiada considera la internación como una alternativa favorable, teniendo en cuenta tanto el apoyo social como la continuidad terapéutica.

**Palabras clave:** Tuberculosis, enfermería, tratamiento ambulatorio, hospitalización.

Fecha recepción: 10/04/08 Fecha aceptación: 17/06/09

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma enfermidade milenar e nunca deixou de ser um grave problema de saúde pública, particularmente nos países em desenvolvimento (1). Segundo a Organização Mundial da Saúde a TB está intimamente ligada a desigualdade social, ao envelhecimento da população, aos grandes movimentos migratórios, a urbanização acelerada e o advento da aids. É importante lembrar que a TB é a segunda principal infecção oportunista em pacientes com aids no Brasil (2, 3, 4, 5). Como a aids, a TB atinge, principalmente, a população economicamente ativa (entre os 14 aos 54 anos), com prevalência no sexo masculino, cerca de duas vezes mais que no sexo feminino (6).

A cura da TB ainda enfrenta um grande desafio que é garantir a adesão dos pacientes ao tratamento. Esse, no Brasil, é ambulatorial e gratuito e apenas em casos de manifestações graves, intolerância medicamentosa, associação com outras doenças é que necessitariam de internação. Entretanto, existe ainda uma população significativa que permanece em instituições especializadas para tuberculose em internações prolongadas. Embora se saiba que o esquema terapêutico ambulatorial, instituído desde a década de 1950, seja eficaz, muitos pacientes ainda acabam utilizando as

instituições hospitalares para internações, sejam elas hospitais gerais ou especializados.

A não aderência ao tratamento contribui para acentuar a gravidade da situação, sendo considerado o maior obstáculo para o controle e eliminação da doença, tanto para o tratamento de pacientes individuais, como no desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes (7,8). Fatores como a baixa escolaridade, o baixo nível socioeconômico, o mercado de trabalho informal e os hábitos de vida prejudiciais à saúde estão sabidamente relacionados à população que menos aderem ao tratamento (7,9).

Muitas vezes a internação funciona como única alternativa para pacientes que não conseguem completar o esquema terapêutico de forma ambulatorial. Essa dificuldade se dá em decorrência de complicações relacionadas à co-morbidades (infecções, intolerância medicamentosa, intercorrências clínicas ou cirúrgicas graves) ou pelas chamadas causas sociais como ausência de moradia fixa e grupos mais vulneráveis ao abandono, em especial nos casos de re-tratamento ou falência do tratamento (4, 6).

Outro aspecto que deve ser considerado é a opinião e o envolvimento no contexto social do paciente. Este já possui suas próprias concepções sobre saúde/doença, que muitas vezes vai além dos ensinamentos médicos o que pode dificultar a adesão ao

tratamento (6).

Sendo a TB uma doença cujo tratamento recomendado é o ambulatorial e com medicação via oral, o que levou esse indivíduo a necessitar de internação prolongada?

Com o objetivo de caracterizar, segundo a perspectiva dessas pessoas, os elementos que determinaram a sua internação em hospital especializado é que se realizou esse trabalho.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, tendo sido desenvolvido no período de agosto de 2006 a junho de 2007, após sua aprovação pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (Parecer número 141/2006).

O trabalho foi realizado em um hospital da Secretaria Estadual de Saúde localizado no interior do Estado de São Paulo, Brasil, para pacientes com doenças transmissíveis. A instituição possui capacidade para 700 leitos, entretanto, várias alas estavam desativadas, tendo na época do estudo cerca de 70 pacientes internados. A instituição atende apenas pessoas com diagnóstico confirmado de tuberculose, aids ou ambos, que necessitem de internação prolongada. Para a internação de pacientes com tuberculose, alguns critérios necessitam ser atendidos como: falência de tratamentos anteriores, abandono, padrão de sensibilidade do microrganismo, questões sociais, legais ou outros.

Fizeram parte deste estudo os 20 pacientes que se encontravam internados nas unidades de tuberculose da referida instituição e que concordarem em participar do estudo assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na primeira etapa foi realizada a caracterização dos pacientes entrevistados segundo: idade, sexo, estado civil, filhos, cidade de nascimento, procedência, ocupação, tempo

de internação e tratamentos anteriores. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas individuais, semi-estruturadas, com questões abertas, gravadas em fita cassete, sendo posteriormente transcritas e analisadas segundo o modelo de Análise de Conteúdo, categoria Análise Temática (10), modelo esse amplamente utilizado para tratamento de dados qualitativos (11).

A análise das entrevistas ocorreu seguindo as etapas de pré-análise, de exploração do material e do tratamento dos resultados. Após as transcrições das entrevistas e sua leitura exaustiva, identificou-se os códigos semelhantes e estes foram agrupados por categorias e subcategorias, colocando-se em evidência os assuntos que emergiram durante as entrevistas e ilustrados com trechos das mesmas. Foram destacadas quatro categorias e suas subcategorias: (A) falta de conhecimento sobre tuberculose, (B) medo de preconceito, (C) abandono do tratamento ambulatorial, (C1) associado aos vícios, (C2) relacionado ao tempo de tratamento, (C3) associado aos problemas familiares, (D) motivos para internação, (D1) medo da transmissão da doença para a família, (D2) associado à falta de apoio familiar e de moradia fixa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 1. Caracterização dos pacientes entrevistados

A população estudada é 85% masculina; com média de idade de 44,5 anos. A totalidade dos entrevistados refere não possuir família nuclear (casamentos válidos) e 60% era de procedência urbana. Em 40% dos casos esse era o primeiro tratamento (Tabela 1).

Esses dados confirmam os achados na literatura quanto à distribuição da doença por gênero e idade (6). A falta de famílias nucleares identificadas nesse estudo, juntamente com a ausência de moradia fixa, foram apon-

**Tabela 1**

Idade (anos)	Sexo	Estado Civil	Filhos	Local de nascimento	Procedência	Ocupação	Tempo de internação (meses)	Tratamentos Anteriores	Entrevista
47	F	viúva		São João da Ponte - MG.	Rural	-	4	Não	01
40	F	Viúva	4	Holândia - PR	Rural	Orientadora de trânsito	10	Sim	02
53	F	Viúva	8	Jaboticabal - SP	Urbana	Funcionária pública	6	Sim	03
41	M	Divorciado	2	Taubaté - SP	Urbana	Técnico em informática	2	Sim	04
60	M	Desquitado	2	Santa Eudóxia - SP	Urbana	Lavador de carros	4	Não	05
53	M	Desquitado	3	São Paulo - SP	Urbana	Encarregado de armador	5	Sim	06
41	M	Desquitado	2	São J. Boa Vista - SP	Rural	Motorista	2	Sim	07
28	M	Solteiro	-	Dois Córregos - SP	Urbana	Pintor	< 1	Sim	08
35	M	Solteiro	-	Mogi Mirim - SP	Urbana	Cortador de cana	5	Sim	09
42	M	Solteiro	-	Mogi Mirim - SP	Urbana	Desempregado	1	Não	10
39	M	Desquitado	5	Pederneira - SP	Urbana	Pintor	24	Não	11
49	M	Separado	3	Bauru - SP	Urbana	Locutor de rádio	< 1	Não	12
42	M	Solteiro	-	Casa Branca - SP	Urbana	Pedreiro	3	Sim	13
52	M	Divorciado	2	São J. Boa Vista - SP	Rural	Vendedor	3	Sim	14
25	M	Solteiro	1	Piquete - SP	Urbana	Autônomo	2	Sim	15
59	M	Divorciado	7	Jaguapitã - PR	Rural	Motorista	18	Sim	16
63	M	Separado	10	Nossa S. Dores - SE	Rural	Retireiro	3	Não	17
28	M	Solteiro	-	Bocaina - SP	Rural	vendedor	6	Não	18
40	M	Desquitado	3	Rinópolis - SP	Urbana	Autônomo	9	Sim	19
54	M	Separado	7	Vila Olímpia - SP	Rural	Cozinheiro	6	Não	20

**Tabela 1:** Caracterização dos pacientes entrevistados segundo idade, sexo, estado civil, filhos, cidade de nascimento, procedência, ocupação, tempo de internação, tratamentos anteriores.

tados em outra pesquisa realizada na mesma instituição, como o responsável por 23% das internações do período (9).

## 2. Categorização dos dados

Houve grande dificuldade de expressão verbal dos entrevistados, mesmo sendo estimulados os mesmos apresentaram falas curtas e diretas, dificultando uma análise mais profunda dos dados.

### A. Falta de conhecimento sobre tuberculose

A falta de conhecimento em relação à

tuberculose foi uma categoria observada nas entrevistas. Muitos dos pacientes não possuíam informações mínimas sobre a doença, formas de contágio e existência de tratamento ambulatorial.

“... acho que esse problema veio das canas, porque tem muito pó, sabe? Eu trabalhava cortando cana e em São Paulo eu trabalhava em chácara e lá eu levantava muito cedo, quatro horas da manhã eu tinha que estar lá no trabalho e lá pegava muita lama, até aqui o pé de lama.” (entrevista 1)

“Ah! Eu vim conhecer a tuberculose dessa vez agora, está com quatro meses, vai fazer quatro meses que eu passei a conhecer a

tuberculose. Eu não conhecia a tuberculose.” (entrevista 17)

“Já descobri e já vim me internar, num esperei ela pegar não... já de lá (do posto de saúde) a moça já me encaminhou pra cá. Já tinha vaga aqui, então já peguei no mesmo dia e já vim.” (entrevista 18)

Um fator de grande importância para a adesão ao tratamento é a informação. O desconhecimento da possibilidade de cura pode incentivar o abandono (12).

O conhecimento/desconhecimento sobre a doença tende a ser um empecilho na vida diária da maioria dos doentes. Muitas vezes estes carregam uma bagagem de conhecimento recheada de tabus e informações errôneas sobre a doença, quer seja sobre o seu modo de transmissão, sua evolução ou contágio, dificultando assim a adaptação destes à sociedade (13, 14).

### **B. Medo de preconceito**

A análise das entrevistas pôde evidenciar que a tuberculose, ainda é uma doença cercada de preconceito pela sociedade e às vezes pelo próprio doente. Essa situação, muita vezes acaba gerando comportamentos de isolamento social. Nesses casos o próprio paciente pode acreditar que a internação seria uma forma de evitar a exposição pública de sua doença.

“... quando deu essa doença eu chegava na pessoa, a pessoa sabia que a gente tinha essa problema, até evitava de conversar com a gente...” (entrevista 7)

“... os vizinhos, tudo começou a falar: ‘ô, o cara tá tuberculoso, tal, tal’. Eles acham que a tuberculose ainda é como antigamente, né? E não é hoje a tuberculose é como a... gripe! Antigamente ela matava e hoje, mata também, né? Mas se você fizer o tratamento certo você sai bom, né?” (entrevista 14)

“Ah menina! Essa doença quando falaram pra mim que eu tinha essa doença, pra mim foi um baque muito grande no meu coração, né? No meu coração e no coração da minha família, né? Porque lá no Paraná essa doença é até hoje... se você chama alguém de tuber-

culoso, o que a pessoa tiver na mão assim elas tacam e vão na casa delas pegam um revólver e dão um tiro na sua cabeça. Essa palavra é uma palavra muito doída pra lá, porque pra lá ninguém num conhece essa doença ...” (entrevista 16)

Alguns indivíduos portadores de tuberculose se sentem mais confortáveis em se tratar longe do domicílio, devido ao estigma que a doença provoca (12).

Esta patologia, por desconhecimento ou mesmo preconceito do próprio doente, pode gerar o desejo e/ou afastamento físico dos familiares, como sentimento expresso de internação. Esse sentimento de isolamento é marcado pela culpa e risco que o doente representa para a sociedade na qual está inserido (13).

### **C. Abandono do tratamento ambulatorial**

A não adesão ao tratamento ambulatorial é uma grande dificuldade encontrada pela saúde pública. As causas de não conclusão do tratamento são muitas vezes atribuídas a características da atividade profissional do paciente, informações errôneas a respeito do tratamento ambulatorial e falta de credibilidade nos sistemas de atenção básica.

“Fiz o supervisionado. Não funcionou pra mim devido à profissão, né? Por que... eu sou autônomo... Não tinha como você ficar ligado a um posto, existe a necessidade de você estar ligado a um posto então não tinha condições enquanto a isso... até mesmo o abandono.” (entrevista 4)

“... o remédio de lá (do posto de saúde) é mais fraco, e o daqui é mais forte, e aqui combate, né”? (...) Aí ele (médico) mandou eu pra cá... Porque sábado e domingo o posto de saúde, não leva lá em casa, e sábado e domingo o posto não trabalha, certo?” (entrevista 19)

A adesão dos pacientes de TB ao tratamento é considerada o maior obstáculo para o controle e a eliminação desta doença (9).

A não adesão de um esquema terapêutico é um problema antigo e pode se apresentar

sob diferentes formas, desde o esquecimento eventual ou da interrupção intencional periódica e/ou intermitente, ao total abandono do tratamento (15).

A terapia incompleta e o abandono favorecem a resistência medicamentosa, constituindo assim fatores negativos no controle da doença (12).

### **C1. Associado aos vícios**

Outro fator de não adesão ao tratamento que se destacou foi a ingestão de álcool e drogas. Estes fortaleceram a escolha, do ponto de vista dos pacientes, pela internação.

“... eu fiquei quatro meses fazendo tratamento na minha cidade, aí eu parei com o remédio... mas aí eu tomei umas cachaças, aí piorei aí eu tive que me internar pra cá.” (entrevista 7)

“... eu bebi... aí por causa de eu tomar pinga, minha mãe deixou uns dias sem me dar o remédio... se fosse um dia só que você tivesse ficado sem tomar o remédio, né? Tudo bem, mas cinco dias, vai acabar morrendo...” (entrevista 9)

“... Fiz também (tratamento ambulatorial), mas só que eu abandonei, né? Por causa que eu tinha vício, né? ... tomava o remédio cedo e a tarde eu recaía... eu tinha vícios de bebida e usava... nossa dá até vergonha de falar... drogas” (entrevista 6).

O uso de drogas é um importante fator associado ao abandono do tratamento. Os usuários dessas substâncias são vulneráveis e necessitam de intervenções urgentes, prioritárias e específicas (12).

O consumo de álcool é apontado como um dos fatores contribuintes de reativação da tuberculose. A instabilidade emocional crônica é uma das condições que dificultam a adesão, principalmente quando os doentes passam à fase aguda da doença e julgam-se curados (14, 16).

A associação da tuberculose com o alcoolismo favorece deterioração imunológica e desnutrição, contribuindo para o adoecimento e queda do estado geral do paciente

(14, 17).

### **C2. Relacionado ao tempo de tratamento**

Alguns depoimentos demonstram que o tempo prolongado do tratamento da doença é um fator relevante para a não adesão. Algumas entrevistas apontam que os pacientes, por já superarem a fase aguda da doença e por já se sentirem melhores, optam por deixar de tomar os medicamentos; outros se cansam de seguir a terapêutica e acabam abandonando o tratamento.

“É com quatro meses eu parei com o tratamento, achei que já estava bom, né?... deixei o tratamento e comecei a beber”. (entrevista 7)

“Já fiz e parei. Ah! Achava que num parava mais... aí desanimei” (entrevista 8).

Relato de sentir-se bem é apontado como razão para adesão em diversas doenças crônicas, embora, a melhora dos sintomas em certos casos, possa levar à interrupção do tratamento porque a pessoa avalia que não há necessidade da medicação (18).

Relatos de que o sentir-se bem, ou seja, a melhora dos sintomas pode levar a interrupção do tratamento uma vez que a pessoa avalia que não será mais necessária a medicação (19).

A tuberculose, por ser uma doença crônica e debilitante, exige um tempo prolongado de tratamento e pode representar para o doente um obstáculo ao desempenho do trabalho. A enfermidade determina rupturas ou modificações importantes no cotidiano da produção e reprodução social (13).

### **C3. Associado aos problemas familiares**

Uma característica marcante observada durante a análise das entrevistas, visto que os pacientes foram escolhidos aleatoriamente, foi ser a totalidade de pacientes solteiros, viúvos ou separados e uma grande parcela de pacientes do sexo masculino. Nenhum dos entrevistados possuía uma família nuclear, com casamentos preservados, viviam com os irmãos ou sozinhos. Com esse quadro, pode-se

concluir que é mais difícil seguir o tratamento sem uma estrutura familiar de apoio.

“Moro com uma irmã... eu lá com a minha irmã e meu cunhado, nós não combinamos muito bem... tive um problema com a mulher, nós morávamos junto, aí separamos, aí fiquei meio nervoso, comecei a tomar umas cachacas, aí atrapalhou tudo, comecei a dormir na rua, sabe?” (entrevista 7).

A literatura aponta que o fato de morar sozinho é fator de risco de não-adesão em várias doenças crônicas (18). Homens solteiros e os separados têm maiores dificuldades em aderir ao tratamento, isso ocorre, em parte, porque acreditam na resolução da doença sem necessidade de tantos medicamentos receitados. Ao sentirem uma redução dos sintomas, diminuem o número de medicamentos ingeridos, e começam a queixar-se mais do tamanho e menos dos efeitos adversos (20).

#### **D. Motivos para internação**

##### ***D1. Medo da transmissão da doença para a família***

Durante as entrevistas, quando perguntado sobre os motivos da internação, o medo de transmitir a tuberculose para os familiares foi o mais fortemente evidenciado, aparecendo em quase todos os depoimentos. Reforçando assim, a causa de diversos abandonos do tratamento ambulatorial, o que, consequentemente, levou grande parte dos pacientes a optarem pela internação.

“Eu vim pra cá porque lá na casa da minha mãe eu tenho bastante sobrinhos e ai não dá, né? Ai eu tive que vir pra cá porque se a criança pegar essa doença ela não resiste.” (entrevista 2)

“Eu tinha mais medo era da minha mãe coitadinha, com setenta e poucos anos. E ela que cuidava de mim... Só não quero que transmite doença para os meus filhos, pros meus netinhos, que são os amores da minha vida.” (entrevista 3)

Alguns pacientes demonstram dificuldade de conviver com a doença, o que os levam, muitas vezes a isolar-se. O medo também é

expresso na expectativa do sofrimento e da morte, um sofrimento que se estende, às vezes, às pessoas de seu convívio (13).

##### ***D2. Associado à falta de apoio familiar e de moradia fixa***

Ficou evidenciado que a família assume um papel de extrema importância para o sucesso do tratamento da tuberculose. De acordo com a literatura, essa fornece apoio, estimula aceitação do paciente, compartilha sofrimentos e medos, auxiliando assim a adesão ao tratamento. No caso da falta de apoio familiar, como se pode observar no presente estudo, os pacientes não conseguiram concluir a terapêutica ambulatorial. Devido a isso, preferiram a internação, pois relatam que dentro do hospital recebem o apoio necessário e afirmam que o fato de estarem internados foi essencial para que conseguissem efetuar o tratamento.

“Moro com uma irmã, porque eu separei, eu tinha mulher né? Tinha família, filho, mais aí separamos... Dormia para um lado, dormia pra outro... não estava nem aí... Não tinha responsabilidade nenhuma, agora que nem aqui não, eu almoço na hora certa, eu tomo café na hora certa, a gente dorme na hora certa e o remédio na hora certa, agora eu lá, já não ia fazer esse tratamento certo”. (entrevista 7)

“... eu vivia jogado pra rua... Já não tinha moradia... Meu pai é vivo, mas minha mãe já morreu... Ah! Meu pai eu gosto dele muito, mas só que não é bom viver junto, vive brigando, então prefiro ficar pra rua, ando pra lá ando pra cá né?... Ah! Vou dizer uma coisa pra senhora, se eles não achassem esse tipo de doença minha eu não estaria vivo. Eu peço, agradeço a Deus por estar aqui... foi uma coisa boa que aconteceu...”. (entrevista 10)

O paciente, ao receber o diagnóstico de tuberculose, leva um choque ou tem dificuldade de aceitá-lo inicialmente. O doente não é o único a ser afetado, a família nesse momento desempenha um importante papel (20).

O apoio social da família ou de outras

peças, vizinhos ou profissionais de saúde pode ajudar na aceitação do tratamento pelo paciente (8).

Na percepção do doente, a família representa uma importante fonte de apoio durante o tratamento. A presença de pessoas que possam compartilhar com o indivíduo, tanto o enfrentamento da doença como as dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso são de extrema importância, pois muitas vezes, é expresso pelo paciente desejo de interromper o tratamento, mas o estímulo dos familiares nestes momentos é indispensável (13).

No decorrer das falas, em alguns momentos, os pacientes referem que o fato de ter sido internado foi um fator que lhes salvou a vida, pois se não fosse a internação estariam mortos por não possuírem condições de seguir o tratamento em casa, quando possuíam uma.

“Ah! Vou dizer uma coisa para senhora, se eles não achassem esse tipo de doença minha eu não estaria vivo. Eu peço, agradeço a Deus por estar aqui.” (entrevista 10)

“Ah pois! eu nunca pensaria que eu ia, ia ter esse problema desse tipo de doença, que eu não conheço, né? Como eu tava com a tuberculose eu acharia de ter me internado num lugar que eu seria mais bem tratado, o meu aparelho que é meu esqueleto” (entrevista 20).

## CONCLUSÃO

A falta de conhecimento dos pacientes em relação à tuberculose foi uma categoria observada nas entrevistas. Através dos relatos concluiu-se que maioria dos entrevistados não possuía informações mínimas sobre a doença, formas de contágio e a existência de tratamento ambulatorial.

A tuberculose, ainda é uma doença cercada de preconceito pela sociedade e até mesmo pelo próprio doente, o que gera comportamentos de isolamento social. Devido a isso

os pacientes referem se sentir mais confortáveis tratando-se longe dos familiares e do domicílio.

Algumas causas de abandono a terapêutica foram atribuídas às atividades profissionais dos entrevistados, informações insuficientes sobre o tratamento ambulatorial e a descrença nos sistemas de atenção básica.

Outros fatores apontados para o não cumprimento da terapêutica foram: a ingestão de álcool e drogas falta de moradia fixa e o tempo prolongado do tratamento da tuberculose, propiciando inclusive a falsa impressão de cura por sentirem uma redução dos sintomas ainda no início da terapêutica.

Um aspecto marcante observado nas entrevistas foi a totalidade de pacientes solteiros, viúvo ou separado. Nenhum dos participantes possuía uma família nuclear íntegra, apontando a dificuldade de adesão ao tratamento sem uma família estruturada ou rede de apoio.

O medo da transmissão da doença para os familiares foi a característica mais evidenciada, aparecendo em quase todos os depoimentos. Este fato reforçou a convicção dos pacientes da necessidade da internação.

Conclui-se que essa população em questão considera a internação como sendo uma alternativa favorável, tanto no que se refere ao apoio social quanto à continuidade da terapêutica, sendo assim afirmamos que a estratégia de educação em saúde e a criação de uma rede de apoio social é um fator indispensável para a diminuição do abandono ao tratamento e de internações hospitalares.

## REFERÊNCIAS

1. Galesi VMN, Santos LAR. Tuberculose: a cura em estado de alerta. *Prática Hospitalar* 2004; 6(32):61-67.
2. Guimarães MDC. Temporal trends in AIDS-associated opportunistic infections in Brazil, 1980-1999. *Cad Saude Publica* 2000; 16(suppl 1): S21-S36.

3. Hijjar MA, Oliveira MJPR de, Teixeira GM. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Bol Pneumol Sanit* 2001; 9(2):9-16.
4. Nogueira PA, Abrahão RMC de M, Malucelli MIC. Baciloscopia de escarro em pacientes internados nos hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo. *Rev bras epidemiol* 2004; 7(1):54-63.
5. Ruffino-Netto, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop* 2002; 35(1):51-58.
6. Secretaria de Estado da Saúde [homepage na internet] São Paulo. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Doenças Crônicas Transmissíveis. [acessado 2009 abril 10] Disponível em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb\\_historia.html](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb_historia.html)
7. Brito RC, Gounder C, Lima DB, Siqueira H, Cavalcanti HR, Pereira MM, Kritski AL. Resistência aos medicamentos anti-tuberculose de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas de pacientes atendidos em hospital geral de referência para tratamento de AIDS no Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol* 2004; 30 (4): 425-432.
8. Oliveira HB, Moreira-Filho DC. Tuberculosis recurrence and its risk factors. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7(4):232-41.
9. Caliari JS, Figueiredo RM. Perfil de pacientes com tuberculose internados em hospital especializado no Brasil. *Rev. Panamericana de Infectologia* 2007; 9(4):30-35.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*, 70ª ed. Lisboa: Persona, 1977.
11. Campos CJG, Turato ER. Análise do conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(2):259-64.
12. Paixao LMM, Gontijo ED. Profile of notified tuberculosis cases and factors associated with treatment dropout. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(2):205-212.
13. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit* 2002; 10(1):5-12.
14. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Fredemir PP, Nogueira JA, Nogueira, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto contexto* 2007; 16(4): 712-718.
15. Sasaki CM, Arcencio RA, Costa-Junior ML, Palha PF, Gonzales RIC, Villa TCS. Tempo de tratamento de pacientes inscritos no Programa de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto-SP (1998-1999). *Bol Pneumol Sanit* 2002; 10 (2), 27-34.
16. Oliveira HB, Marin-León L, Gardinali J. Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas -SP. *J Bras Pneumologia* 2005; 31(2):131-8.
17. Anibarro L, Lires JA, Iglesias F, Vilariño C, Baloria A, LIS JM et al. Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra. *Gac Sanit, Barcelona*. 2004; 18(1)38-44.
18. Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev esc enferm USP* 2006; 40(4): 576-81.
19. Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazin CC, Gallani MCBJ, Colombrini MRC. Adesão de pacientes com aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001; 9(4):50-5.
20. Goncalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(4):777-87.