

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS

MESTRADO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS

ELIZABETH DA TRINDADE DE ANDRADE

**ASPECTOS SUBJETIVOS DO PACIENTE AO
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE E ADESÃO
TERAPÊUTICA: Contribuição à educação médica**

Rio de Janeiro

2014

Aspectos subjetivos do paciente ao diagnóstico de tuberculose
e adesão terapêutica: contribuição à educação médica.

ELIZABETH DA TRINDADE DE ANDRADE

Dissertação apresentada ao Curso de Pós
Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças
Infecciosas do Instituto de Pesquisa Clínica
Evandro Chagas para obtenção do grau de Mestre.
Orientadoras: Profa. Dra. Celina Mannarino
Profa. Dra. Valeria Cavalcanti Rolla

Rio de Janeiro

2014

ELIZABETH DA TRINDADE DE ANDRADE

**ASPECTOS SUBJETIVOS DO PACIENTE AO
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE E ADESÃO
TERAPÊUTICA: Contribuição à educação médica**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas para obtenção do grau de Mestre, em 27 de março de 2014.

Orientadoras: Profa. Dra. Celina Mannarino

Profa. Dra. Valeria Cavalcanti Rolla

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Nilo Martinez Fernandes (Presidente)

Doutor em Ciências

IPEC - Fiocruz

Prof. Dr. Hélio Ribeiro Siqueira

Doutor em Medicina

HUPE/UERJ

Prof. Dr. Gustavo Correa Matta

Doutor em Saúde Coletiva

IMS/UERJ

Dedico este trabalho à equipe
profissional do ambulatório de
tuberculose do HUPE.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é o reconhecimento da necessidade do outro na construção do conhecimento e do crescimento individual. Ao concluir esta etapa ofereço meu sincero agradecimento:

Aos meus pais, Florindo (*in memoriam*) e Izabel, pelo incentivo e ensinamentos. Por proporcionarem bases sólidas que me fizeram crescer e possibilitaram a busca pelos meus ideais. Pela liberdade que me deram de escolha e apoio em todos os momentos.

Ao meu marido, Ulisses, que sempre me estimula a crescer científica, ética, profissional e pessoalmente e esteve comigo desde o início do Mestrado, apoiando-me e compartilhando de forma incondicional.

Aos meus filhos, Juliana e Vitor, que acompanharam todo este processo, incentivando e compreendendo os meus momentos de ausência.

A minha orientadora, Dra. Celina Mannarino, que me mostrou novos horizontes do pensar e agir, dedicando-se integralmente na construção desta Dissertação. Seu apoio foi fundamental. Muito obrigada!

À Dra. Valeria C. Rolla pela confiança, acolhimento e por partilhar o seu saber, orientando-me na construção do conhecimento.

Ao Dr. Hélio R. Siqueira pelo incentivo e apoio incondicional à realização desta trajetória. Obrigada pelas lições que me disponibilizou, as quais não são encontradas em livros.

As pessoas com tuberculose, aos médicos preceptores e aos alunos, sujeitos que tornaram possível a realização desta pesquisa, contribuindo com o conhecimento que lhes é próprio.

À equipe de profissionais do ambulatório de tuberculose do HUPE pelo aprendizado diário, acolhida, incentivo e amizade.

A toda equipe da Psicologia Médica do HUPE, em especial a Dra. Elizabeth Maria P. Leitão e a Dra. Lizete Macário, por me acolherem muito antes de eu fazer minhas escolhas. A força e a motivação desta equipe permitiram e estimularam meu crescimento pessoal e profissional.

À Janaina Leung, Isabel Rocha e Ana Souto, grandes amigas do cotidiano, do riso e do pranto, das confidências que fazem da vivência comum um dos atos de maior riqueza que é a amizade.

À amiga Laura Stobaüs por incentivar o meu ingresso no Mestrado, por me ouvir nos momentos de incertezas e de alegrias. Obrigada pela segurança de poder contar com você.

Aos professores do programa de Pós-Graduação do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas IPEC/Fiocruz, por fazerem de cada aula um acontecimento.

À Rafaela Grillo por seu gesto de amizade, socorrendo-me em situações de emergência.

Aos colegas do Mestrado e alguns de Doutorado pelos momentos de descontração, acolhimento e manifestações de amizade que estiveram presentes durante todo o convívio.

Aos membros da banca, Nilo M. Fernandes, Hélio R. Siqueira, Gustavo C. Matta e Marli Jane M. Costa, por aceitarem compartilhar este momento de construção.

A todos aqueles não mencionados aqui, mas que contribuíram de alguma forma com este trabalho.

Obrigada!!

Andrade, ET. **Aspectos subjetivos do paciente ao diagnóstico de tuberculose e adesão terapêutica: contribuição à educação médica.** Rio de Janeiro, 2014. Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

RESUMO

O abandono do tratamento da tuberculose (TB) continua a impactar os desfechos clínicos e poucos estudos abordam pacientes, médicos e alunos visando compreender os aspectos subjetivos envolvidos no tratamento. O objetivo deste estudo foi abordar os aspectos subjetivos do paciente com TB quanto ao diagnóstico e adesão terapêutica e relacioná-los às concepções de médicos e graduandos de medicina. Foram incluídos na pesquisa 23 pacientes, em seu primeiro episódio de TB pulmonar, selecionados por critério de saturação e, por exaustão, sete médicos preceptores e 15 alunos do quarto ano de medicina, no período de novembro de 2011 a dezembro de 2013, no ambulatório de TB do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semiestruturada, grupo focal, observação participante e registros em diário de campo. O referencial teórico utilizado foi o Interacionismo Simbólico, tendo como abordagem metodológica de análise a Teoria Fundamentada nos Dados, na qual priorizamos o eixo Estratégias de Ação/Interação e suas interseções emergidas das falas analisadas. O atual Ementário do curso de graduação de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) foi analisado visando conhecer as disciplinas que abordam a integralidade e a adesão na formação. A categoria central do estudo “Vivência de adoecimento e adesão ao tratamento”, obtida por processo interpretativo, revelou as ações e interações definidas por categorização dos discursos e suas interseções. Nas falas dos pacientes emergiram as categorias **estigma, autossegregação, dificuldades assistenciais**; e mecanismos de defesa como: **negação, racionalização, isolamento**; outros mecanismos mentais, como **culpabilização, responsabilização** e da interação social, como o **encobrimento**. A categoria **estratégia assistencial** foi relacionada à prática dos médicos para favorecer a adesão. Na categoria **obediência médica**, os alunos pontuaram a diferença de gênero interferindo no abandono. Foram ressaltadas as **dificuldades dos alunos**. As categorias **rede social de apoio, vínculo com a equipe de saúde, relação médico-paciente**, presentes no discurso de todos os participantes do estudo, foram consideradas facilitadoras da adesão. Os médicos e os alunos enfatizaram a **corresponsabilização** do paciente no tratamento e reconheceram a relação **TB e sociedade** como condição positiva ou negativa à adesão. Na categoria **educação médica** incluímos as demandas de ensino destacadas por médicos e alunos. A técnica de grupos focais propiciou a interação entre os participantes. A análise do Ementário da UERJ revelou que os conceitos integralidade e adesão são pouco explorados. Concluímos que a vivência de adoecimento e tratamento promove repercussões emocionais e diferenças de discursos em relação a esses fenômenos em todos os participantes, sendo propiciadoras de adesão ou de abandono. O estudo mostrou a importância de implementar a estratégia terapêutica de grupo, com os pacientes, para favorecer a adesão, a assistência integral em saúde e como recurso didático para os graduandos.

Palavras-chave: 1. Tuberculose. 2. Adesão terapêutica. 3. Educação médica. 4. Subjetividade. 5. Teoria Fundamentada nos Dados.

Andrade, ET. **Subjective aspects of the patient at diagnosis of tuberculosis and adherence: contribution to medical education.** Rio de Janeiro, 2014. Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

ABSTRACT

The abandonment of the tuberculosis (TB) treatment continues to impact clinical outcomes. Few studies seeking to understand the subjective aspects involved in the treatment address patients, doctors and students. The purpose of this study was to address the subjective aspects of the TB patient regarding diagnosis, therapeutic adherence and relating them to the conceptions of physicians and medical students. Twenty-three patients were included in the survey on their first episode of pulmonary TB, selected by saturation criteria, and exhaustion, seven preceptors doctors and fifteen fourth-year medical students, from November 2011 to August 2013 at the TB outpatient ambulatory of the University Hospital Pedro Ernesto (HUPE) of the Rio de Janeiro State University (UERJ). The data was collected through semi-structured individual interviews, focal group approach, participant observation and records in a field journal. The theoretical background applied was Symbolic Interactionism, with the methodological approach of analysis, the Grounded Theory, prioritizing the axis Action Strategies / Interaction and their intersections, emerged from the speech analysis. The current Medical School Curriculum at UERJ, was analyzed in order to know which disciplines address to the integrality and adherence. The core category of the study "The experience of becoming sick and treatment adherence", obtained by interpretive process revealed the actions and interactions defined by categorization of speeches and their intersections. In the speech of patients emerged the following categories: stigma, self segregation, care difficulties, and denial, rationalization, isolation, other mental mechanisms such as blame, accountability and social interaction as concealment. The assistance strategy category was related to physicians' practice in order to favor adherence. In the medical obedience category, students scored the gender difference as interfering factor for abandonment. Students' difficulties were highlighted. The following categories: social support, bond with the health team, physician-patient relationship present within the speech of all study participants, were considered facilitators of adherence. Doctors and medical students emphasized the co-responsibility of the patient in the treatment and acknowledged the relationship "TB & society" as a positive or negative condition for adherence. In the category, medical education the demands of teaching highlighted by physicians and medical students were included. The focus groups technique facilitated the interaction between participants. The analysis of UERJ Studies Program revealed that the integrality and adherence concepts are underexplored. We conclude that the experience of becoming sick and treatment promotes emotional repercussions and differences of speeches in relation to these phenomena in all participants, leading to either adherence or abandonment. The study showed the importance of implementing the therapeutic group strategy with patients, to improve adherence, integral care in health and as a teaching resource for undergraduates.

Keywords: Tuberculosis; Therapeutic adherence; Medical education; Subjectivity; Grounded Theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 - Diagrama - Vivência de adoecimento e adesão ao tratamento - Categorias e Interseções do Eixo Ações/Interações da TFD.....	28
Tabela 1 - Compreendendo a TB (Saturação de Pacientes).....	77
Tabela 2 - Compreendendo a vivência de adoecimento da TB (Saturação de Pacientes).....	78
Tabela 3 - Compreendendo a adesão na TB (Saturação de Pacientes).....	79
Quadro 1 - Características socioculturais dos pacientes com TB.....	80
Quadro 2 - Características socioculturais dos alunos do quarto ano de medicina.....	81
Quadro 3 - Características socioculturais dos médicos.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS

A/I	Ações/Interações
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CA	Condição Causal
CI	Condição Interveniente
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CO	Contexto
CS	Consequência
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DOTS	Directly Observed Treatment; Tratamento Diretamente Observado
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IPEC	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TFD	Teoria Fundamentada em Dados
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
WHO/OMS	World Health Organization; Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE.....	3
1.2	CONTEXTOS HISTÓRICOS DA TB	5
1.3	CONCEITOS DE ADESÃO.....	12
1.4	EDUCAÇÃO MÉDICA.....	15
2.	JUSTIFICATIVA	18
3.	OBJETIVO GERAL	20
4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5.	MÉTODO	21
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6.1.	COMPREENDENDO A TUBERCULOSE	29
6.2	COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DE ADOECIMENTO NA TB.....	32
6.3.	FORMANDO FUTUROS MÉDICOS	41
7.	CONCLUSÃO	44
8.	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICE A.....	53
	Síntese dos processos interpretativos – Codificação na TFD	53
	APÊNDICE B	83
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Paciente.....	83
	APÊNDICE C	85
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Médico preceptor.....	85
	APÊNDICE D.....	87
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Aluno	87

1. INTRODUÇÃO

Apesar da eficácia dos medicamentos, o tratamento da tuberculose (TB) deve ser compreendido em sua complexidade a fim de se alcançar o sucesso terapêutico (Souza e Silva, 2010). O abandono ao tratamento da TB continua sendo um obstáculo para a saúde pública, tendo como consequência o aumento da incidência, letalidade e multirresistência. O advento da AIDS contribui para o aumento dos desfechos desfavoráveis do tratamento devido à propensão dos pacientes infectados pelo HIV a desenvolverem TB, abandonarem o tratamento e terem maior risco de morte (Munro et al., 2007). Dessa forma, o paciente que abandona o tratamento, não cura a doença, torna-se um disseminador do bacilo, e prolonga o tempo de tratamento, comprometendo a sua saúde e de toda a sociedade (Oliveira e Moreira Filho, 2000; Mascarenhas et al., 2005; Jamal e Moherdau, 2007; PNCT, 2011).

Entre as questões sociais implicadas sobressaem a má distribuição de renda e o estigma, que podem representar impedimentos à adesão, somados a vários fatores individuais e assistenciais (Courtwright e Turner, 2010).

O comportamento de adesão exige uma atenção integral em saúde que inclui o conhecimento de como o paciente compreende a doença e a vivência. Considerar os aspectos subjetivos implicados na experiência de adoecimento do paciente acometido por TB merece destaque no intuito de preencher as lacunas existentes na literatura científica, particularmente quanto à abordagem integral da TB e seu tratamento, priorizando, também, o tema “adesão” na educação médica (Mattos, 2004; Bergel e Gouveia, 2005; Noyes e Popay, 2007).

A TB é uma doença que além de ocasionar sintomas, muitas vezes intoleráveis, também traz estigmas de: rejeição, isolamento, medo de contágio e é identificada como uma doença que pode levar à morte, além da possibilidade de acarretar desemprego e dificuldade financeira para a família. O termo estigma é usado por Goffman (2008) em referência a um atributo depreciativo, marcando o estigmatizado como um sujeito incapacitado para a aceitação plena no convívio social. O acometido por TB passa a ser identificado pelo atributo negativo, em detrimento das demais características pessoais, sendo alvo frequente de rótulos,

construções simbólicas sociais, como “ouvido de tuberculoso”, “físico”, “ser contagioso”, o que acentua o sofrimento psíquico e interfere na adesão.

São estas e muitas outras questões que se apresentam diante do profissional de saúde na prática assistencial, onde os padecimentos exigem que empenhe grandes esforços para auxiliarem os pacientes em sua reabilitação psicossocial. Por esse motivo, propõe-se, também, identificar as concepções do graduando do curso de medicina e de seus preceptores quanto à adesão ao tratamento e os aspectos subjetivos implicados com o intuito de favorecer a assistência.

A prática clínica com pacientes acometidos por TB no ambulatório do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no Rio de Janeiro, despertou o interesse em verificar o significado do diagnóstico de TB para o paciente e conhecer a experiência de vivenciar o seu tratamento, visto esta ser uma doença contagiosa com muitas implicações como as descritas acima.

A falta de conhecimento sobre a TB tem sido descrita como um dos fatores responsáveis pela não adesão ao tratamento. Verificamos na clínica que, quando o paciente desconhece a doença, prognóstico, formas de contágio e a importância de tomar os medicamentos até a cura, há maior risco de interrompê-los, no segundo mês de tratamento, quando os sintomas cessam e a motivação para seu seguimento pode diminuir. Tomar os medicamentos também pode significar reviver a doença que não mais se manifesta somaticamente.

Nosso pressuposto sugere que a falta de conhecimento sobre a TB e seu tratamento e a não consideração do significado atribuído por ele a sua experiência de adoecimento, na clínica e na educação médica, repercutem na adesão terapêutica. As repercussões subjetivas precipitadas pelo diagnóstico vinculam-se a fortes emoções, podendo gerar modificações na vida pessoal e social, e interferir na não-adesão ao tratamento medicamentoso. Atribuímos aqui o conceito de subjetividade descrito por Mandetta (2010, p. 46) como “o modo singular como cada pessoa percebe, sente, imagina, pensa, experimenta e interpreta a si mesma na sua existência.”

Com o intuito de ampliar o conhecimento sobre a experiência vivenciada por pacientes com TB e estimular os futuros cuidadores a desenvolverem habilidades e atitudes compatíveis com uma assistência de qualidade, elaboramos este trabalho a fim de relacionar os aspectos subjetivos do paciente quanto ao diagnóstico e adesão terapêutica às concepções de médicos preceptores e graduandos do quarto ano de medicina, trazendo para o contexto do atendimento da TB a noção de cuidado integral, aspecto de estímulo à adesão terapêutica.

A subjetividade foi interpretada nas falas dos participantes, com base nos aspectos interacionais abordados nas correntes teóricas sociológicas - o Interacionismo Simbólico, em Blumer (1969), o Estigma, em Goffman (2008) e a Teoria Fundamentada nos Dados, em Strauss & Corbin (2009) - fazendo-os dialogarem com os aspectos psicodinâmicos, particularmente na definição e descrição dos mecanismos mentais de defesa utilizados, sem a pretensão, no entanto, de aprofundamento dos mesmos no campo conceitual psicanalítico.

Para melhor desenvolver as contribuições deste estudo, dividiu-se essa introdução de acordo com os temas abordados. O primeiro tema apresenta alguns dados epidemiológicos referentes à TB. O segundo aponta para a compreensão de ordem teórica, dos problemas que estão em torno da TB, através de seu contexto histórico, dos programas existentes que objetivam o seu combate, onde o ator principal - o paciente, se vê afetado por estas vertentes. O terceiro tema conceitua adesão e o quarto se propõe a fazer uma pequena reflexão sobre o momento atual de mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS) e a introdução das Novas Diretrizes Curriculares na formação médica, enfatizando a noção de integralidade como propiciadora da adesão.

1.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE

A TB é uma doença infecto-contagiosa, transmitida por via respiratória, com maior incidência nas áreas urbanas e nas diferentes comunidades. A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem alertando para o número crescente de mortes em consequência da TB, o que se tornou um dos exemplos consagrados a evidenciar a ascensão social da enfermidade (Terra e Bertolozzi, 2008).

Aproximadamente 8,7 milhões de casos novos são identificados anualmente e 1,7 milhões de mortes em cada ano, o que coloca a TB como a principal causa de morte por doença infecciosa curável no mundo (OMS 2012). A situação da TB se agravou devido, em grande parte, mas não exclusivamente, ao impacto da pandemia da infecção HIV/AIDS, refletindo na mudança do perfil epidemiológico da TB.

A Organização Mundial de Saúde (2013) aponta 22 países como responsáveis por 82% de todos os casos de TB no mundo, sendo os cinco primeiros: Índia (um quarto dos

casos), China, África do Sul, Indonésia e Paquistão. O Brasil está em 17º lugar nesse *ranking*, onde, anualmente, notificam-se aproximadamente 89 mil casos de TB, sendo que destes, 70.047 casos novos ocorreram em 2012, com cerca de 4.600 óbitos ao ano.

Em 2010 a OMS incluiu, pela primeira vez, no seu relatório anual, taxas de detecção de casos de todas as formas de TB. Segundo o relatório de 2012, “dos 84.137 casos novos e reincidentes notificados de TB no Brasil, 10.067 (11,97%) eram de formas extrapulmonares da doença” (OMS, 2012).

A OMS (2012) divulgou que comparando com a taxa de mortalidade por TB em 1990, o Brasil conseguiu atingir a meta de reduzi-la pela metade. Em 2010, o número de óbitos foi de 4.659 e o coeficiente de mortalidade 2,4 óbitos/100.000 habitantes (MS, 2013). A taxa de óbito, em 2009, foi 2,5/100.000 hab., sendo 3,5/100.000 nas capitais e 9,01 a taxa de abandono (Orofino et al., 2012). Apesar da tendência de queda revelada por esses indicadores, o Brasil ainda não conseguiu alcançar a meta estipulada pela OMS – curar 85% dos casos novos bacilíferos. Em 2010, a proporção de cura foi de 73,4% e, em 2011, de 71,6% (MS, 2013).

Enquanto em 2001 foram diagnosticados 334 casos novos de TB multirresistente, em 2010 eram 611 casos, com uma incidência de 82%. Entre 2009 e 2010 o aumento foi de 48% a mais de casos novos diagnosticados (MS 2012). Esses dados são preocupantes, pois tendem a evoluir para um desfecho desfavorável e aumenta o risco do paciente transmitir um bacilo com maior dificuldade de cura.

O bacilo da TB se torna multirresistente quando o paciente mantém um tratamento irregular, principalmente com a interrupção do medicamento no início do esquema terapêutico, o que ocasiona a piora clínica e o seu retorno ao tratamento. Esse comportamento promove a resistência a medicamentos fundamentais: a Isoniazida e a Rifampicina. Dessa forma, o paciente coloca a sua vida em risco e a de terceiros, porque pode transmitir o bacilo resistente para outra pessoa.

O Estado do Rio de Janeiro, com seus contrastes sociais, apresenta a maior incidência da doença no país que, em 2011, foi de 72,3/100.00 habitantes, com o surgimento de 11.651 casos novos. Deste total, cerca de 80% dos casos são pulmonares, e 20% são extrapulmonares. A taxa de mortalidade em 2010 foi de 5,6% (MS 2012) e a de abandono do tratamento 11,5%, em 2011 (MS 2013).

Rocha e Adorno (2012, p. 234) mostram em seu estudo que a incidência de TB entre os homens é o dobro comparada com as mulheres e muito maior entre as populações “indígenas (incidência quatro vezes maior que a média nacional), portadores de HIV (30

vezes), presidiários (40 vezes) e moradores de rua (60 vezes)”, logo, a probabilidade desses grupos adoecerem e morrerem de TB é grande. Com base nesses dados, o Ministério da Saúde preconiza que todas as pessoas ao receberem o diagnóstico de TB realizem o teste anti-HIV. Com essa prática, é comum que o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorra durante o tratamento da TB; o que mostra a necessidade de maior atenção aos coinfectados TB-HIV na assistência, pelo fato da TB ativa ser uma das causas de mortalidade de indivíduos com AIDS (MS, 2013). Em 2008, a TB foi a “quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte dos pacientes com AIDS” (PNCT, 2011, p. 14). Segundo os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2013, p. 5), “no Brasil, 53,3% dos casos novos de TB diagnosticados em 2012 realizaram e receberam o resultado do teste anti-HIV”. Nesse mesmo ano, o percentual de coinfeção TB-HIV no país foi de 9,7%.

Diante do cenário epidemiológico atual, a adesão ao tratamento da TB passa a ser o principal meio para favorecer a interrupção do ciclo de transmissão da doença e sinaliza a urgência na criação de estratégias de adesão. Uma pessoa com TB não coloca apenas a sua saúde em risco, mas também de toda a sociedade.

1.2 CONTEXTOS HISTÓRICOS DA TB

Numa análise histórica, verificamos que coube a Hipócrates (460-377AC.), considerado o pai da Medicina, a denominação da TB como doença tísica (do grego *phthisikos*, ou seja, que traz consumpção) devido ao seu caráter de esgotamento físico (Conde et al., 2002). Em sua apresentação clínica, Hipócrates comentou, "Phthisis faz seus ataques principalmente com idade entre dezoito e trinta e cinco", demarcando a propensão dos jovens adultos a adquirir TB. E escreveu no “Livro I das Epidemias”: "O consumo foi a mais importante das doenças então predominantes, e é o único que se mostrou fatal para muitas pessoas" (Daniel 2006, p. 1863). A palavra consumo referia-se à TB, por ela consumir fisicamente o doente até a morte. O seu conhecimento contribuiu para que a TB fosse nomeada como doença tísica até os séculos XVII e XVIII, quando surgiu o estudo da Anatomia e a pesquisa dos cadáveres, possibilitando sua compreensão e alteração de sua designação para tuberculose.

Durante a Idade Média, a compreensão das doenças físicas e mentais era influenciada pelas concepções religiosas. A TB viveu o mesmo processo. A TB linfonodal, à época chamada escrófula, foi conhecida na Inglaterra como “Mal do Rei”. Por volta do século XVI, acreditava-se que o toque do rei curava a TB ganglionar. Assim, os acometidos por esta forma de TB partiam uma vez por ano, em uma data estabelecida, para a Inglaterra a fim de receberem o toque do rei e assim serem curados. Muitos pacientes melhoravam o que era atribuído à higiene e ao asseio realizado no local do corpo tocado.

Com o intuito de reivindicar o mesmo poder de cura para si, nesta época, o rei da França realizava jejuns e orações, comungava e venerava o túmulo de San Marculfo (sacerdote da Ordem de São Bento, adorado após sua morte, em 558, como santo por possuir o dom de curar doença de pele) em Corbigny e recebia os doentes. Tocava com os dedos o local enfermo, fazia o sinal da cruz e pronunciava as palavras: “O Rei te toca e Deus te cura”. Após sua benção, o doente recebia comida e dinheiro para o seu retorno (Gomes, 2003).

Pouco tempo depois, a prática do toque real na Inglaterra foi deixando de ser exercida, permanecendo na França até o século XIX. Por esta razão, a tísica também foi chamada de doença real até o século XVIII, quando houve um avanço da Medicina nesta área (Conde et al., 2002). Cabe lembrar que os reis, de acordo com o enfoque teológico da época, eram tidos como os escolhidos por Deus.

Durante o século XVIII, a mortalidade por TB era cada vez mais elevada, conduzindo os governantes da época a estabelecerem uma lei que obrigava os médicos a informarem às autoridades de saúde todos os casos de TB, regra que se mantém até os dias de hoje, com a notificação compulsória (Hijjar et al., 2007).

Em todas as épocas da humanidade, há uma doença que se materializa no imaginário social como sendo o signo da morte. A TB ocupou este lugar no século XIX, durante o Romantismo, sendo até mesmo conhecida como “doença romântica”, que até meados do século XX, aparecia frequentemente associada ao estilo de vida boêmio e desregrado dos artistas e intelectuais (Gonçalves, 2000).

Em 1883, o escultor Daniel Chester French foi chamado para criar a sua famosa estátua de John Harvard, localizada em frente da Universidade que titularizou-se com o seu nome – Universidade de Havard - e lá encontrando algumas de suas fotos comentou: "Mas é claro que ele morreu com a idade de cerca de trinta anos de consumo... É justo supor que seu rosto seria delicado na modelagem e sensível na expressão" (Daniel, 2006, p. 1864).

A TB era vista como Consequência de comportamento inaceitável em desacordo com os padrões morais da sociedade. Nas palavras de Pôrto (2007, p. 44) “a doença surge para os

poetas como um atributo que os torna interessantes e muitos chegam a ansiar por ela”. Aos poucos se transformou num mal social e ainda hoje, alguns estigmas que marcaram a imagem da TB foram assumidos pela sociedade nas relações com o acometido por TB, favorecendo sua persistência.

A revolução industrial trouxe uma nova ordem político-social, exaltando a idéia de produtividade, fazendo surgir uma contraposição entre a idéia de homem comum, produtivo, e a do homem romântico, interiorizado, que vive fora dos padrões comuns. E assim, a doença passa a ser vista como uma oportunidade de individualização, única e singularizada (Pôrto 2007).

A necessidade de corpos saudáveis para o processo produtivo faz surgir a valorização do corpo que precisa estar íntegro para poder dominá-lo e expandi-lo socialmente. “O projeto burguês de dominação e expansão social (...) ganha expressão no imaginário coletivo sob a forma de culto à agilidade, à robustez física e ao equilíbrio moral” (Bertolli Filho, 2001, p. 83). Com o intuito de enquadrar as classes trabalhadoras na ordem socioeconômica capitalista, emerge a valorização do corpo como instrumento de produtividade e como consequência, o romantismo da TB é rompido, transformando-a na marca do mal e da destruição. O seu alastramento, principalmente entre as populações desfavorecidas, será motivo de preocupação e sinalizará a desordem social.

No início do século XIX, havia uma grande epidemia de TB na Europa, com muitas mortes. O médico francês Théophile Laennec (conhecido como o inventor do estetoscópio), em 1819, por meio de seus estudos e experiência com necrópsias de pessoas que morriam devido a TB, contribuiu com o entendimento de sua patogênese, unificando o conceito da doença, seja pulmonar ou extrapulmonar e descreveu a maioria dos sinais físicos da TB pulmonar (Gradmann, 2001; Daniel, 2006).

Jean-Antoine Villemin, cirurgião militar francês, demonstrou a natureza infecciosa da TB em 1865, por inoculação de coelhos. Ele publicou seus resultados no tratado *Études sur la Tuberculose* (Estudos sobre a Tuberculose), onde descreve o caráter de transmissibilidade da TB. Suas descobertas foram ignoradas pela comunidade científica da época, sendo confirmadas por outros estudiosos anos mais tarde (Daniel, 2006).

Em 24 de março de 1882, ocorre uma mudança na história da TB quando Hermann Heinrich Robert Koch apresentou o seu trabalho *Die Aetiologie der Tuberculose* (A Etiologia da Tuberculose), na Sociedade de Fisiologia de Berlim, onde relatava, pela primeira vez, o agente microbiano causador da tuberculose - o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch, em sua homenagem. Em sua apresentação, Koch não só

expôs o bacilo da TB, estabelecendo a sua primeira etiologia, como também, em seu artigo, incluía os importantes Postulados de Henle-Koch, permitindo, até hoje, estabelecer uma relação causal entre um dado agente microbiano e uma determinada doença (Gradmann, 2001; Daniel, 2006).

Até o final do século XIX, eram atribuídos à TB fatores hereditários e condições de vida empobrecidas. Com a descoberta do bacilo de Koch, o indivíduo passa a ser o agente hospedeiro e transmissor da TB, reduzindo a atribuição à carga genética e constitucional (Gonçalves, 2000). Instala-se o temor do contágio, os culpados pelo adoecimento alheio surgem oficialmente e a epidemia permanece.

A pessoa acometida por TB passa a ser estigmatizada e isolada, a sua doença passa a ser associada, nas representações sociais, à pobreza e morte, marca que a desqualifica diante da sociedade, fazendo a condenação moral se sobrepor à condenação física. Neste segmento (Pôrto, 2007, p. 43) enfatiza: “a persistência da estigmatização da tuberculose e do tuberculoso constitui um sério entrave no controle da doença atualmente”.

Em 1907 Clemens von Pirquet, pediatra austríaco, desenvolveu o teste tuberculínico e três anos mais tarde o usou para demonstrar a infecção tuberculosa latente em crianças assintomáticas (Daniel, 2006). No final do século XIX e início do século XX sanatórios foram desenvolvidos para o tratamento de pacientes com TB que prescreviam o isolamento e a boa alimentação, uma vez que não havia medicamentos eficazes até 1940, quando começaram a surgir os antibióticos e os quimioterápicos que finalmente iriam propiciar a cura para a TB.

A noção de que a doença é curável é relativamente recente, o que também pode explicar o não entendimento e aceitação das pessoas sobre a TB; além disso, há uma dificuldade de lidar com os medicamentos, o que, em parte, segundo Gonçalves et al. (1999, p. 782) “pode ser proveniente das próprias representações populares a respeito da cura da TB” transmitidas durante os séculos, bem como as interferências das histórias de vida dos pacientes e suas relações pessoais com os tratamentos de saúde.

O Ministério da Saúde (2009, p. 54) estabelece como critério de alta do tratamento, por cura, aos pacientes de TB pulmonar, inicialmente positivos, quando “ao completar o tratamento, o paciente apresentar duas baciloscopias negativas: uma na fase de acompanhamento, e outra no final do tratamento (cura)”. Outro critério de cura consiste em completar o tratamento e toma como base exames clínicos e radiológicos, quando o paciente não realiza o exame de escarro por ausência de expectoração, nos casos de TB inicialmente com baciloscopia negativa e na TB extrapulmonar.

O entendimento que o paciente tem sobre a cura de sua doença pode ser diferente dos critérios científicos estabelecidos como cura, influenciado pela representação de saúde/doença que ele estabeleceu para si. O que nos mostra a importância de esclarecê-lo sobre seu adoecimento, pois estudos mostram que o doente informado tem mais chances de aderir ao tratamento (Gonçalves et al., 1999; Siqueira et al., 2008; Souza et al., 2009). Fazer um paralelo sobre a noção de cura que o paciente possui com a estabelecida na formação do médico e confrontar ambos os entendimentos, também pode nos auxiliar a perceber a influência dessas divergentes noções (do paciente e do profissional de saúde) na adesão.

Percebemos a doença como a combinação de aspectos vivenciais dos indivíduos e das situações socioculturais, sem restringi-la a uma construção social, nem desconsiderar os aspectos biológicos presentes nesse processo. Significa recorrer ao que Gomes e Mendonça (2002, p. 117) propõem: “... não basta entendermos a enfermidade com base apenas nas representações sociais a elas relacionadas (...) é necessário compreendermos como tais representações são utilizadas, modificadas e ancoradas num conjunto de experiências acerca da doença”. Os sujeitos e a sociedade criam critérios e conceituam as experiências de adoecimento, ao mesmo tempo, de forma singular e coletiva.

A partir dos conceitos de saúde/doença/cura/adesão, comparativamente, verificamos que as concepções sociais acerca do paciente com TB pode ganhar um novo olhar, ou seja, um significado singular. O desconhecimento sobre as suas causas e a falta de tratamento eficaz, por séculos, fez emergir um horror coletivo diante da doença, onde o contato direto de qualquer pessoa com outra infectada poderia significar contaminação física e moral. Foi assim que a partir de 1920 os acometidos por TB passaram a ser isolados do convívio social, sendo transferidos para sanatórios, longe dos centros urbanos, com a justificativa de que o “ar fresco” ajudaria em sua enfermidade, no entanto, os pertences dos que faleciam eram cuidadosamente queimados.

O acometido por TB adquiriu um status deficitário e depreciativo durante os séculos, que continua a colocá-lo à margem da sociedade. Passando a temer o estigma acarretado pela doença, evita confrontar-se com o diagnóstico e conseqüentemente com o tratamento.

Por temer ser identificado como fonte de “contágio”, que a designação da doença pode causar, então surgem metáforas para expressá-la e para amenizar o significado ameaçador que possui. Dessa forma, pacientes e/ou familiares utilizam expressões e diferentes palavras em substituição ao nome da enfermidade, dando-lhe apelidos que aos poucos vão se popularizando, como: magrinha, brasileirinha, meu xodó, entre outras (Pôrto, 2007).

A partir do século XX inicia-se uma mudança na imagem daquele que está com TB, trazendo consigo sintomas evidentes de miséria social despertando na Medicina a necessidade de investir em políticas de saúde pública. Na década de 40, foram criados programas com o intuito de combater a TB. O principal entre eles foi a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) em 1946, com a proposta de maior intervenção do Estado nas questões sociais, abarcando entre outros objetivos incrementar a vacinação BCG (amplamente empregada após a Primeira Guerra Mundial); criar um modelo de sanatório popular e promover o desenvolvimento científico e tecnológico.

Após a instituição da CNCT, ainda em 1946, iniciou-se a prática da quimioterapia com estreptomicina que, a princípio, mostrou um bom resultado, mas em seguida constatou-se a resistência bacteriana à droga, em monoterapia, frustrando o tratamento. Na década de 60, registra-se como resultado da CNCT a obrigatoriedade da vacinação BCG; a decisão de incluir a TB entre as doenças de notificação compulsória; a garantia da gratuidade dos meios de prevenção, o diagnóstico e o tratamento (Hijjar et al., 2007). Os estudos e testes dos medicamentos para TB continuaram sendo desenvolvidos variando suas dosagens, tempo de utilização, mudanças de esquemas, até chegar ao resultado favorável, na década de 70, da tomada diária por seis meses de Rifampicina, Isoniazida e Etambutol. O Brasil foi o primeiro país a padronizar esquemas de seis meses de duração, utilizado na rede de serviços públicos de saúde, com todas as drogas por via oral (Hijjar et al., 2007).

Atualmente, o Ministério da Saúde mudou o regime de tratamento no Brasil combinando quatro drogas: Pirazinamida, Isoniazida, Rifampicina e Etambutol nos dois primeiros meses de tratamento, objetivando rapidamente acabar com a proliferação bacilar e evitar o aparecimento do bacilo resistente. Nos quatro meses restantes o paciente passa a ingerir apenas duas drogas combinadas: Isoniazida e Rifampicina, totalizando um período de seis meses de tratamento. A medicação é igual para todas as diferentes formas de TB, com exceção da meningite tuberculosa, quando o período de tratamento se estende por mais três meses, no total de nove meses de tratamento e a dosagem varia de acordo com o peso (MS, 2009).

As políticas adotadas pelo Ministério da Saúde na área de controle da TB continuaram originando diversos programas, como: o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, entre outros. Todos objetivaram planejar programas e controlar a TB em nível estadual e municipal. Em 1994, a OMS declarou a TB uma condição em estado de emergência mundial (OMS, 2008), e solicitou que todos os países mobilizassem recursos para

combater a epidemia, que mata mais adultos do que a AIDS, a malária e as doenças tropicais juntas, dando início ao Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose (Noronha, 2003).

A OMS, em 1997, passou a recomendar o emprego da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment*) traduzida por “Tratamento Diretamente Observado” na TB, “com o objetivo de reduzir a mortalidade, a morbidade e a transmissão da doença” (Bergel e Gouveia 2005, p. 899). Uma das finalidades da estratégia DOTS é prevenir o surgimento de bacilos resistentes por meio do uso correto dos medicamentos. Para isso, incentiva o paciente a frequentar diariamente um centro de saúde ou um profissional especializado vai ao seu domicílio para administrar o medicamento, tornando o seu tratamento supervisionado, evitando assim, o abandono.

Esta estratégia tem sido priorizada pelo Ministério da Saúde e implantada em vários serviços nos últimos anos, entretanto, alguns estudos apontam dificuldades em sua prática devido a problemas relacionados à escassez de pessoal e financeiro, promovendo obstáculo ao seu funcionamento. Dessa forma, enfatizam a necessidade de incentivar a autonomia do paciente de modo a ser corresponsável pelo seu tratamento e políticas que promovam o cuidado na perspectiva da integralidade da saúde (Bergel e Gouveia, 2005; Munro et al., 2007; Terra e Bertolozzi, 2008; Souza et al., 2009).

Vários fatores podem ser apontados como responsáveis pelo aumento significativo do número de casos de TB. Entre eles, podemos destacar a pobreza em centros urbanos, por comumente ocasionar precárias condições de alimentação, o convívio de várias pessoas em moradias com cômodos pequenos, pouco ventilados, facilitando o contágio e a propagação da doença, fortalecendo, assim, o estigma de “doença de pobre”. Como já vimos, a TB ainda é uma doença associada à fome e a miséria e ligada a estigmas sociais. Agora, com os meios radiológicos que possuímos o paciente tratado mostra e traz consigo a marca física (cicatrizes no pulmão) como um marcador eterno de sua doença.

No caso da TB, duas novas causas concorreram para o agravamento do quadro - a epidemia de HIV/AIDS e a multirresistência às drogas. A TB é uma das primeiras doenças oportunistas entre os infectados pelo HIV, contribuindo assim, com o aumento do número de casos de TB e, conseqüentemente, apresenta-se como sendo um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os pacientes coinfectados (Mascarenhas et al., 2005; Jamal e Moherdau, 2007; PNCT, 2011). O processo histórico da doença vem unindo essas duas patologias onde uma compromete a outra, podendo ocasionar interferências sociais e familiares que vão moldando o ser doente, de acordo com os preconceitos estabelecidos.

No Brasil, conceitua-se caso de TB multirresistente, visando a notificação, aquele em que o tratamento constata resistência, em exame laboratorial, pelo menos à Rifampicina, à Isoniazida (Dalcolmo et al., 2007). Em caso de multirresistência às drogas o tratamento é mais difícil e tende a prolongar-se, gerando insegurança e risco de abandono.

Seja qual for o processo biológico, a doença pode ser vista como um fenômeno social, que lhe confere sentido, sendo um acontecimento individual e social, em constante interação. Nesta abordagem destacamos que “a doença é um objeto privilegiado de investigação, pois coloca em relação, ao mesmo tempo, o biológico e o social, o individual e o coletivo” (Víctora et al., 2000, p. 21).

1.3 CONCEITOS DE ADESÃO

A discussão sobre o problema da adesão tem sido enfatizada entre os profissionais de saúde, principalmente com relação aos fatores implicados na não-adesão ao tratamento medicamentoso da TB (Bergel e Gouveia, 2005; Munro et al., 2007; Oliveira e Antunes, 2012).

Na TB existem diferenças no atendimento ambulatorial e particularidades no curso do seu tratamento em relação às outras doenças, fazendo transparecer a realidade social em que o paciente está inserido. Como advertem Siqueira et al. (2008) o doente quando falta à consulta denuncia o problema do abandono, as questões sociais estão mais presentes e a relação médico-paciente baseia-se em informação, acolhimento e empatia para uma maior adesão. Logo, devemos estar atentos para o tipo de informação que o paciente possui sobre a sua doença, que repercussão ela exerce sobre ele e em que meio social ele está inserido, para melhor conduzirmos o seu tratamento.

O conceito de adesão varia entre diversos autores, mas, de modo geral, é expresso como “a utilização dos medicamentos prescritos ou outros medicamentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento” (Leite e Vasconcellos, 2003, p. 777).

A OMS (2008), em termos de controle da TB, define a adesão ao tratamento a circunstância em que o paciente atende ao tratamento prescrito e também a descreve como um

fenômeno que envolve a interação de cinco fatores: sistema e equipe de saúde, socioeconômicos, relacionados ao paciente, relacionados à doença e relacionados ao tratamento (Gusmão e Mion Jr 2006). Esses intervenientes interagem entre si contribuindo favoravelmente ou agindo como impeditivo da adesão. Gusmão e Mion Jr (2006, p. 24) ressaltam, ainda, que “as definições de adesão devem sempre abranger e reconhecer a vontade do indivíduo em participar e colaborar com seu tratamento”.

A não-adesão remete ao abandono do tratamento classificado pelo Ministério da Saúde como a situação na qual o doente, após iniciado o tratamento para TB, deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data marcada para o seu retorno (MS, 2009). Interromper o uso da medicação, utilizá-la de forma inapropriada e não compreender ou seguir as orientações explicitadas em consultas são atitudes que podem ser motivadas por distintas concepções acerca do adoecimento e do tratamento prescrito.

Rocha e Adorno (2012) chamam a atenção para o estigma de culpa e responsabilização do paciente provocado pela representação do termo abandono, o que ocorre sem a ponderação das causas que conduziram a pessoa a abandonar o tratamento. Sugere o termo “descontinuidade” para os casos de abandono, por perceber que a pessoa, por fim, é obrigada a retornar ao tratamento por não suportar as repercussões físicas da doença.

Há autores como Castro (2008) que conceituam adesão como um ato de obediência do paciente às prescrições médicas. No seu entender para que o paciente introduza a rotina medicamentosa em seu cotidiano, ou seja, realize a adesão ao tratamento, é necessário que se estabeleça um “acordo terapêutico entre o médico, outros profissionais de saúde e o paciente, cada qual com a sua responsabilidade específica: o médico e a equipe multidisciplinar de saúde com a responsabilidade de orientar e tratar o paciente e este com a responsabilidade de entender, concordar e seguir as orientações prescritas, sendo elas medicamentosas ou de qualquer outra natureza” (Castro, 2008, p.19). Esta visão não inclui os aspectos subjetivos e sociais do paciente implicados na adesão ao tratamento.

Mas, qual o sentido exato da adesão para o paciente, visto ser ele o ator principal na execução do tratamento? Diversos trabalhos apontam fatores que podem afetar negativamente a adesão. Dentre eles estão o envolvimento inadequado dos profissionais de saúde no cuidado, a pobreza e a avaliação precária acerca do contexto sociocultural do paciente (Munro et al., 2007; Thiam S et al., 2007; Souza et al., 2009).

Um grupo de cinquenta pacientes com TB foi entrevistado por Gonçalves et al. (1999, p. 782), os quais concluíram que a questão da adesão também envolve outros aspectos: “efeitos colaterais, cor e tamanho da medicação, relação médico-paciente, fatores socio-

econômicos, apoio familiar, falta de sintomas, desconhecimento da doença, uso de droga ilícita, má alimentação” e outros. Ou seja, são muitos os fatores que terão um valor próprio de acordo com o momento de vida do paciente no período de seu tratamento. A adesão ou não-adesão são fenômenos repletos de valores subjetivos que devem ser valorizados pelos profissionais de saúde no seu trabalho cotidiano.

A definição de adesão proposta por Piña-López e Sánchez-Sosa (2007, p. 401) considera que a “frequência com a qual, o usuário dos serviços de saúde pratica, ao longo de um período variável e a partir das competências de que dispõe uma diversidade de comportamentos que o permitam cumprirem de modo eficiente, com determinados critérios, em estreita correspondência com as instruções prescritas pela equipe de saúde”. Enfatiza a natureza “competencial” dos comportamentos de adesão ao tratamento. Para estes autores, “as competências constituem a organização funcional de uma diversidade de comportamentos tendentes a cumprir com um tipo de critério ou de ajuste em uma situação particular”, ou seja, o usuário irá se enquadrar ao tratamento de acordo com as suas competências dentro do que foi estabelecido com o profissional de saúde.

O comportamento de adesão implica muitos fatores, como: ir às consultas regularmente, fazer os exames solicitados, administrar os medicamentos diariamente e ser responsável com as pessoas de seu convívio. Essa responsabilidade implica providenciar que as pessoas mais próximas façam exames de investigação, como raios-X de tórax e PPD, e utilizar meios de prevenção de contato, como proteger-se ao tossir e manter o ambiente arejado.

A situação emergente em que se encontra a TB no Brasil direciona os profissionais de saúde a focarem, muitas vezes, somente no uso da medicação para a obtenção da cura e impedir a transmissão do bacilo. Entretanto, a adesão ultrapassa a clínica tradicional e inclui a forma como a pessoa lida com a doença e com as dificuldades que surgem ao longo da vida. Sendo assim, a adesão vai além do uso da medicação dando lugar a interferências pessoais e sociais, implicando significados resultantes de suas interações.

1.4 EDUCAÇÃO MÉDICA

A formação médica brasileira apresenta-se em evidência no cenário das políticas públicas na área de saúde, devido às transformações políticas e sociais expressivas, a emergência em atender os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que “constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país” (Matta 2007, p.61) e os questionamentos quanto à abordagem holística do ser humano a ser considerada nas diferentes disciplinas que compõem o currículo médico.

As universidades vêm sendo pressionadas por mudanças no processo de formação e no modo de interagir com a sociedade. São elementos condutores e fortalecedores para a mudança das instituições formadoras: os novos modelos de organização do trabalho em saúde, as novas condições impostas aos futuros profissionais, a introdução da transdisciplinaridade na produção de conhecimento e a exigência da reconstrução do papel social da universidade responsável pela diversidade de produção de saberes (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado e atribui ao SUS o papel de ordenar o processo de formação profissional na área da saúde e propondo sua articulação aos Ministérios de Educação e da Saúde para apontar as prioridades nessas formações, no sentido de atender e responder às demandas da sociedade. No entanto, a desarticulação entre essas instâncias têm contribuído para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS (Campos et al., 2001), sistema cujo funcionamento e organização implicam princípios e diretrizes bem definidas.

A noção de cuidado integral é inserida nesse cenário quando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos da Área da Saúde, homologadas pelo Ministério da Educação em 2001, determinaram mudanças na graduação dos profissionais com ênfase na integralidade da atenção (Mattos, 2006).

As DCN (2001) apontam para a importância do atendimento às demandas sociais. É uma proposta transformadora que, nos últimos anos, tem procurado direcionar as práticas pedagógicas nas instituições formadoras, para atenderem à realidade social por meio do estímulo à construção de novas redes de conhecimento, por docentes e discentes (Mitre et al., 2008).

As DCN (2001) têm como objetivo conduzir os alunos dos cursos de graduação em saúde a “aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (Itikawa et al., 2008, p. 326).

A Comissão sobre Educação dos Profissionais de Saúde para o Século XXI, criada em janeiro de 2010, em comemoração ao centenário do relatório Flexner, de 1910, que orientou a educação médica em todo o mundo, adverte que as instituições de ensino são fundamentais para transformar os sistemas de saúde e que todo processo formativo nessa área deve objetivar a melhoria dos sistemas de atenção, a fim de que eles atendam às necessidades da população, de forma equitativa e eficiente (Corbo, 2011). Esta proposta, aliando teoria e prática, necessariamente enfatizará a singularidade da vivência de adoecimento do sujeito e a importância de uma educação profissional, ao mesmo tempo informativa e formativa.

A Constituição Federal de 1988 identifica três elementos que compõem a base do nosso sistema de saúde: universalidade, que implica no conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado; equidade, ou seja, igualdade no acesso ao sistema de saúde; e integralidade de assistência, entendida como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Matta 2007, p. 62).

Consideramos as três instâncias descritas como conquistas históricas de grande relevância na formação e organização do SUS, no seguimento, damos ênfase ao conceito de integralidade por seu caráter estruturante na formação de trabalhadores para a saúde (Matta 2007).

A integralidade é um termo polissêmico e não existe um consenso sobre a sua definição. A Constituição a descreve como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, caracterizando-a como uma diretriz (art. 198, II). A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), definindo-a como princípio, faz referência à integralidade no art. 7º, II e determina que as ações devam ser realizadas, tanto nos “serviços públicos de saúde” quanto nos “serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS”. A integralidade de assistência é entendida, nesta lei, como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (Brasil, 1990, 18055).

Com base na definição de princípio adotado pela Lei Orgânica, neste trabalho o sentido de integralidade perpassa pela visão de uma abordagem integral do paciente, por um olhar onde o mesmo é visto de forma holística, detentor de uma história única, de um saber próprio e inserido em um contexto social. Esses aspectos devem ser valorizados, sobressaindo a pessoa e não a doença, reconhecendo as dimensões que caracterizam o humano de forma integral sem fragmentá-lo. Para constituir esta competência profissional, é necessário ter uma escuta e um olhar diferenciado, isto é, atitudes nas quais se apreende os conteúdos simbólicos da vivência do paciente, por meio da fala, das percepções de gestos, tom de voz e priorizando a comunicação como um elo que poderá favorecer ou prejudicar o curso do tratamento.

Os fatores individuais, sociais e do atendimento em saúde implicados na adesão têm propiciado a discussão e o desenvolvimento de programas assistenciais e políticas para promoverem o cuidado na perspectiva da integralidade na saúde, da autonomia do paciente e a priorização do tema “adesão” na educação médica, de modo a incluir o conhecimento de como o paciente compreende a doença e a vivência (Mattos, 2004; Bergel e Gouveia, 2005; Munro et al., 2007; Noyes e Popay, 2007; Terra e Bertolozzi, 2008).

Turini et al. (2008, p. 266) realizaram um trabalho com graduandos de medicina, visando estudar a comunicação no ensino médico e constatou que a comunicação médico-paciente pode trazer diferentes consequências para o paciente, como satisfação, adesão ou não ao tratamento e compreensão ou não da informação transmitida. Neste mesmo trabalho, a autora cita o “modelo para ensino da comunicação entre médico e paciente” onde constam três fases durante a consulta médica: na primeira, o paciente é o “entendido”; na segunda fase, os papéis se invertem: o médico direciona o interrogatório para o seu raciocínio clínico, e na terceira fase, ambos, médico e paciente, são os entendidos, cada um na sua área. Podemos perceber, portanto, que no decorrer deste processo existe uma “negociação” que oferece ao paciente um espaço para discutir com o médico suas possibilidades de adesão à conduta proposta e ao médico tempo para penetrar no universo do paciente e direcionar o tratamento segundo as possibilidades e necessidades do doente.

Nessa vertente, o princípio de integralidade estabelece relações com aspectos de grande relevância na assistência em saúde, acrescentamos a eles a adesão ao tratamento, diretamente implicada na relação usuários-profissionais, podendo, nos casos de não adesão, trazer consequências desfavoráveis, tanto para a Saúde Pública quanto para o indivíduo. O médico que interage com o paciente de forma holística facilita o comportamento de adesão, pois o paciente se sente seguro e compreendido em suas demandas.

2. JUSTIFICATIVA

A TB tem sido identificada como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, com incidência e mortalidade alarmantes (Souza et al., 2009). A adesão ao tratamento é um conceito priorizado na abordagem da TB, por ser o principal meio para favorecer a interrupção do ciclo de transmissão da doença, pois o paciente atingindo a cura interrompe o contágio e impede a resistência bacteriana à terapia medicamentosa.

O interesse inicial em investigar o significado da vivência de uma doença contagiosa e estigmatizada, que tem cura e mesmo assim, ainda é muito prevalente em nossa cidade e motivo de grande número de óbito por falta de adesão ao tratamento, surgiu do engajamento num trabalho interprofissional com a equipe assistencial do ambulatório de TB do HUPE-UERJ, local que nos propiciou a pesquisa de campo, com apoio institucional e cooperação da equipe envolvida. Nesse percurso, duas grandes questões me chamaram a atenção para a realização de um estudo na Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica nas Doenças Infecciosas: - qual a repercussão emocional vivida pelo paciente ao receber o diagnóstico de TB? - qual a repercussão dessa vivência em suas relações sociais e na adesão ao tratamento?

No processo de elaboração do estudo, priorizamos a compreensão dos aspectos subjetivos envolvidos na vivência de adoecimento e adesão, por considerá-los de grande relevância na TB, como aponta a literatura sobre o assunto (Souza et al., 2010), além de considerarmos necessário incluir não apenas pacientes, mas também os médicos preceptores que os atendem, sujeitos diretamente relacionados ao processo de adesão e os seus alunos do quarto ano, que se espelham nesses profissionais, cujas atitudes repercutirão em seus futuros atendimentos, implicando os conceitos de adesão e cuidado integral ao paciente na formação médica.

Na rotina ambulatorial com os pacientes, a clínica nos mostra o quanto a TB está vinculada a aspectos sociais impactantes, com uma carga de discriminação importante, que se traduz no cotidiano, com prejuízos na qualidade de vida, o que justifica o empenho de todos

os esforços de investigação possíveis para amenizar essa problemática. Não basta curar, há a necessidade de aceitação social deste ex-doente, tanto no meio familiar como na sua rede de relações sociais, mesmo após a finalização terapêutica (Gonçalves, 2000).

Diminuir a taxa de abandono ao tratamento da TB é o principal desafio no combate à doença. Segundo dados do Ministério da Saúde nove em cada 100 pacientes não finalizam o tratamento em nosso país. A OMS admite como máximo tolerável a taxa de cinco em cada 100 (OMS, 2008). Esses dados apontam a urgência em priorizar estudos e treinamentos com o intuito de criar estratégias que modifiquem esta situação, que atinge não apenas o paciente, mas torna vulnerável toda a sociedade. Essas estratégias serão definidas na medida em que este problema e suas múltiplas vertentes tenham uma maior elucidação; contribuição que nosso estudo pode oferecer.

Ao revisar a literatura encontramos estudos sobre abandono, o perfil epidemiológico da TB e doenças a ela associadas, a eficácia e importância do DOTS e alguns sobre a adesão com objetivos pontuais. Entretanto, não encontramos estudos que enfatizassem as repercussões emocionais e sociais oriundas do diagnóstico de TB pulmonar, da vivência de adoecimento e adesão ao tratamento, destacando interseções existentes entre as concepções de pacientes, médicos e alunos. Integrar, em um único estudo, o contexto da clínica, com seus diferentes atores, como também, trazer para o atendimento da TB a noção de cuidado integral vista como propiciadora da adesão, representa um diferencial com relação aos estudos sobre esse tema.

A Faculdade de Ciências Médicas (FCM), incorporada à UERJ em 1950, acompanhou o processo de reestruturação do ensino médico após a inserção das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina em 2001, criando novas disciplinas e reorganizando outras. Assim, em 2006 foi instituído na FCM o primeiro Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIFC) do Brasil, inserindo o conceito de integralidade no currículo da graduação médica (Itikawa et al., 2008).

A escolha de avaliar a concepção de integralidade no currículo médico se impõe pela importância dessa visão para o exercício da prática médica e o quanto ela está em consonância com a compreensão dos aspectos subjetivos vividos no adoecimento e no seguimento do tratamento da TB, na perspectiva de uma medicina da pessoa. As instituições se vêem diante do desafio de formar profissionais que incorporem à sua prática o sentido da integralidade, num processo permanente de construção e reconstrução do SUS.

Ampliando o conhecimento teórico e favorecendo assim uma compreensão sobre os aspectos subjetivos relacionados ao diagnóstico e tratamento da TB, este estudo pode

propiciar a prevenção de relações sociais conturbadas decorrentes desta enfermidade e facilitar o empenho do paciente no seu tratamento. Essa proposta renova e favorece o cuidado na assistência, contribuindo com os estudos já existentes.

3. OBJETIVO GERAL

Compreender os aspectos subjetivos do paciente com TB quanto ao diagnóstico e tratamento e relacioná-los às concepções de graduandos de medicina e seus preceptores acerca da adesão terapêutica.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos pacientes quanto aos aspectos subjetivos implicados no diagnóstico e adesão ao tratamento da TB;
- Identificar as concepções do graduando do curso de Medicina sobre repercussões vivenciais ao diagnóstico da TB e fenômeno da adesão na abordagem terapêutica;
- Descrever as concepções dos preceptores de alunos do ambulatório de TB, quanto à adesão ao tratamento e os aspectos subjetivos implicados;
- Oferecer subsídios para a educação médica referentes aos aspectos subjetivos do paciente implicados no diagnóstico e tratamento da TB; e
- Analisar o Ementário do curso de graduação de medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro com relação aos conceitos de integralidade e adesão.

5. MÉTODO

O estudo foi composto por participantes adultos, pacientes em seu primeiro episódio de TB pulmonar, de ambos os gêneros, atendidos no ambulatório de TB do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), Rio de Janeiro, alunos do quarto ano de medicina, cursando a disciplina de pneumologia e médicos preceptores envolvidos no atendimento desses pacientes, no período de novembro de 2011 até agosto de 2013.

O número de pacientes admitidos foi determinado pelo critério de saturação teórica, que foi descrito por Fontanella et al. (2011) como um método usado para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, no qual o fechamento amostral é operacionalmente definido pela suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição (Tabelas 1, 2, 3).

O tamanho amostral referente a médicos preceptores e alunos foi determinado por critério de exaustão, ou seja, foram incluídos todos os que aceitaram participar do estudo e que atenderam aos critérios de inclusão (Fontanella et al., 2008).

Foram excluídos os pacientes que já tiveram TB, aqueles em retratamento (recidiva e reingresso após abandono), HIV/AIDS, neoplasias, transplantados, outras doenças infecciosas, gestantes, nutrízes, deficientes visuais, físicos e auditivos e também os alunos que tiveram TB previamente. Esses critérios de exclusão foram definidos com o intuito de avaliar aspectos psicossociais relacionados apenas à TB.

Todos os participantes foram submetidos à entrevista individual semiestruturada. As entrevistas com os pacientes, ao iniciar o tratamento, foram realizadas a fim de perceber a repercussão emocional do diagnóstico e o seu conhecimento sobre a TB e na consulta de alta para entender todo o percurso vivido por eles durante o processo de tratamento. Atentamos para a importância de favorecer a livre expressão das falas das pessoas acometidas por TB, considerando como interação em sua rede social e quais as intervenções provenientes dessa interação interferem no comportamento de adesão, implicados subjetivamente.

A entrevista individual com os médicos preceptores possibilitou que eles falassem sobre as suas experiências com abordagem clínica da TB, suas visões sobre adesão e

intervenções que podem levar ao abandono, bem como propostas para melhorar a educação médica que podem interferir diretamente na relação médico-paciente e consequentemente na adesão.

Os pacientes participaram de grupos focais, após dois meses de tratamento. Nesses grupos foi proposto que eles desenvolvessem uma história acerca da trajetória de uma pessoa que recebeu o diagnóstico de TB. A utilização do grupo focal visou disponibilizar aos pacientes um espaço de interação e a possibilidade de relatarem as suas experiências quanto à vivência de adoecimento e a sua implicação com a adesão. No grupo focal com os alunos, foram discutidos os fatores envolvidos na adesão ao tratamento da tuberculose. Nosso intuito foi apreender a visão dos alunos sobre o tema quando em interação.

O uso de grupo focais em pesquisas nos serviços de saúde tem se ampliado com o intuito de produzir *insights*, a partir das experiências dos pacientes, bem como dos profissionais de saúde. Alguns trabalhos com grupo focais visam obter informações para planejar intervenções nos programas de educação em saúde ou apreender a evolução dos mesmos (Barbour, 2009).

Todas as entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas e analisadas. Os participantes das falas destacadas neste estudo foram identificados por **nome fictício** visando a garantir o anonimato e atribuir um caráter pessoal às falas dos entrevistados.

Os dados da pesquisa foram analisados, incluindo a técnica de triangulação, objetivando ampliar a descrição, explicação e compreensão de um determinado fenômeno. Neste estudo, utilizamos a triangulação de “fontes” (Lakatos, 2009), pois realizamos comparações entre diferentes concepções, a partir dos relatos de pacientes, médicos e alunos, obtidos por meio de entrevistas, além de observação participante e diário de campo.

Para verificar em quais disciplinas os conceitos “integralidade” e “adesão” estão sendo contemplados no curso de graduação de medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), avaliamos o seu Ementário (2011), pois acreditamos que se estes conceitos forem priorizados no ensino, teremos como resultado uma assistência de melhor qualidade.

Para compreender o significado que o paciente acometido por TB atribui à vivência de adoecimento e tratamento, entendendo como diretamente associado ao comportamento de adesão, sob influência da interação com o médico, na abordagem clínica, adotamos o Interacionismo Simbólico (Blumer, 1969) como referencial teórico. Esta abordagem sociológica, originada na Escola de Chicago (Denzin, 2006) enfoca o significado que o ser humano atribui às suas experiências e as consequências provocadas nas ações individuais e coletivas. Significados e ações relacionam-se a processos interpretativos implicados nas

interações socialmente contextualizadas. Esse enfoque expressa o conteúdo abordado neste estudo, cuja discussão implica as esferas sociais, assistenciais e educacionais na saúde.

O Interacionismo Simbólico desenvolveu-se a partir da doutrina filosófica do pragmatismo americano e desempenha um importante papel na pesquisa qualitativa. O método qualitativo é uma abordagem sistemática, que visa conhecer e apreender o significado subjetivo atribuído pelas pessoas às suas experiências e descrevê-las. Ao longo do tempo, vem sendo utilizado em diferentes disciplinas das ciências sociais, comportamentais, cabendo ao pesquisador o compromisso com a perspectiva naturalista e a compreensão interpretativa da experiência humana (Denzin, 2006). Dentre os vários referenciais que podem estar norteando o método qualitativo, o Interacionismo Simbólico é um marco teórico que permitiu apreender tais significados.

O principal precursor e inspirador do movimento interacionista foi George H. Mead (1863-1931), pouco difundido no âmbito das ciências sociais e no meio acadêmico. Cabe a Herbert Blumer, sociólogo, ex-aluno e discípulo de Mead, a autoria do nome da linha de pesquisa “Interacionismo Simbólico”, a qual estruturou com base na sua interpretação acerca do pensamento de Mead (Carvalho et al., 2010). Entretanto, Blumer (1969) relata sentir-se na obrigação de construir sua própria versão por lidar com muitos outros assuntos que antes não havia despertado interesse. E assim, ele avança em seu trabalho. Como exemplo, o seu texto *A posição metodológica do Interacionismo Simbólico*, capítulo de sua principal obra *Interacionismo Simbólico: Perspectiva e Método* (1969) influenciou, amplamente, o meio acadêmico, quanto às discussões metodológicas na década de 1970 (Flick 2009).

A fim de caracterizar a natureza do Interacionismo Simbólico, em 1937, Blumer instituiu os pressupostos da abordagem interacionista apresentando “três premissas simples”:

A primeira premissa é a de que os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que as coisas têm para eles (...). A segunda premissa é a de que o significado dessas coisas surge como consequência, ou resulta da interação social que cada qual mantém com seu próximo. A terceira premissa é a de que esses significados são controlados em um processo interpretativo e modificados através desse processo, que é utilizado pela pessoa para lidar com as coisas com as quais se depara (1969, p. 02).

Ao estabelecer-se nessas premissas, Blumer traz para o cenário da pesquisa o compromisso que o pesquisador deve ter quanto à compreensão dos diferentes significados que as pessoas atribuem aos objetos, aos acontecimentos, às vivências e assim por diante. Esse é o ponto central da pesquisa com base no Interacionismo Simbólico “o pesquisador

precisa ver o mundo pelo ângulo dos sujeitos que estudam” (Stryker 1976, citado por (Flick, 2009, p. 29). E apresenta como objeto “o processo constante de interpretação e definição de sua situação pelos atores sociais” (Laperrière, 2010, p. 356).

O método de análise utilizado neste estudo foi a Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory), caracterizado como variante do Interacionismo Simbólico por apresentar os seus preceitos (Nico et al., 2007; Backes et al., 2011; Santos e Valadares, 2011). Ele visa compreender fenômenos ou reproduzi-los de acordo com o entendimento do sujeito, propondo-se à construção teórica, para explicar a ação no contexto social (Strauss e Corbin, 2009; Laperrière, 2010; Souza e Silva, 2010).

Este método foi originalmente desenvolvido, em 1967, por dois sociólogos americanos Barney Glaser (Universidade de Columbia) e Anselm Strauss (Universidade de Chicago, discípulo de Mead), que estenderam os seus estudos em parceria na Universidade da Califórnia, São Francisco – USA, vindo a seguir caminhos opostos posteriormente (Backes et al., 2011).

Strauss une-se a Corbin dando continuidade ao estudo da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e desenvolve uma estrutura analítica em três etapas, sob a forma de um paradigma explicativo designado com os nomes: codificação aberta, na qual o objetivo é obter, por meio das falas, conceitos e categorias; codificação *axial* para estabelecer relações entre as categorias produzidas no campo de pesquisa; e codificação seletiva, na qual se organizam todos os achados, estabelecendo uma categoria central que se configurará em uma nova teoria, mantendo a característica do método - proceder à alternância entre essas etapas, não sendo um processo de análise linear. (Laperrière, 2010; Santos e Valadares, 2011).

Na codificação axial a TFD oferece uma estrutura com as condições relacionadas adiante, para organizar as complexas relações entre essas condições e suas subsequentes ações/interações. São elas: *Condições causais* (conjunto de fatos ou acontecimentos que influenciam o fenômeno); *Condições intervenientes* (mitigam ou alteram o impacto das condições causais nos fenômenos ou explicam diferenças e surgem de fatos inesperados); *Contexto* (explica o porquê de um determinado fenômeno – circunstâncias e situações onde os fenômenos ocorrem; em diferentes níveis, integram dimensionalmente vários padrões de condições causais e intervenientes); *Ações/interações* (respostas estratégicas das pessoas a questões e fatos - a forma como as pessoas lidam com as situações, problemas e questões entre pessoas, grupos, instituições) e *Consequências* (o que acontece como resultado das ações ou falha delas – explicam como alteraram a situação e afetam o fenômeno (Strauss e Corbin, 2009).

Neste estudo destacamos algumas categorias referentes ao eixo “ações/interações” que emergiram do processo de análise interpretativa das falas e que faziam interseções entre si, ou seja, cruzamentos com outras condições e/ou outras categorias.

Este trabalho foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do HUPE/UERJ e do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC/Fiocruz) sob o número CAAE: 08550112.4.0000.5262. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de forma voluntária (Apêndice B, C e D).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas individuais foram feitas com 23 pacientes, 15 alunos e sete médicos. Com os pacientes realizamos cinco grupos focais e apenas um grupo com os alunos.

No quadro 1 observa-se que os 23 pacientes entrevistados eram pessoas com idades entre 20 e 74 anos, predominando o gênero masculino e pouco recurso financeiro. Em sua maioria, com ensino fundamental e apenas dois com ensino superior completo. O hábito de beber e de fumar foi expressivo.

O quadro 2 expõe algumas características socioculturais dos 15 alunos que participaram do estudo. Observa-se que a idade variava entre 20 e 29 anos e dentre eles, cinco não possuíam religião, no entanto, sete referiam acreditar que a fé é capaz de curar sem o uso de remédios. Alguns alunos participavam dos atendimentos, supervisionados pelos médicos responsáveis pelo ambulatório de TB e outros apenas observavam.

Os sete médicos participantes variavam entre 26 e 74 anos, sendo quatro com formação acadêmica: duas equipes trabalhando em dias alternados. Cabe ressaltar que cinco deles acreditavam que a fé pode curar sem remédios. Seus dados socioculturais estão discriminados no quadro 3.

Apesar dos participantes do estudo terem mencionado sobre a sua religiosidade, esta categoria não foi explorada porque ela faz parte do eixo *contexto* em que cada componente estava inserido e, nesta dissertação, priorizamos as interseções vivenciadas no eixo *ações/interações*.

No processo interpretativo desenvolvido no estudo, as falas dos pacientes, médicos preceptores e alunos foram analisadas, permitindo identificar a categoria central *Vivência de adoecimento e adesão ao tratamento* e categorizadas de acordo com as condições descritas na

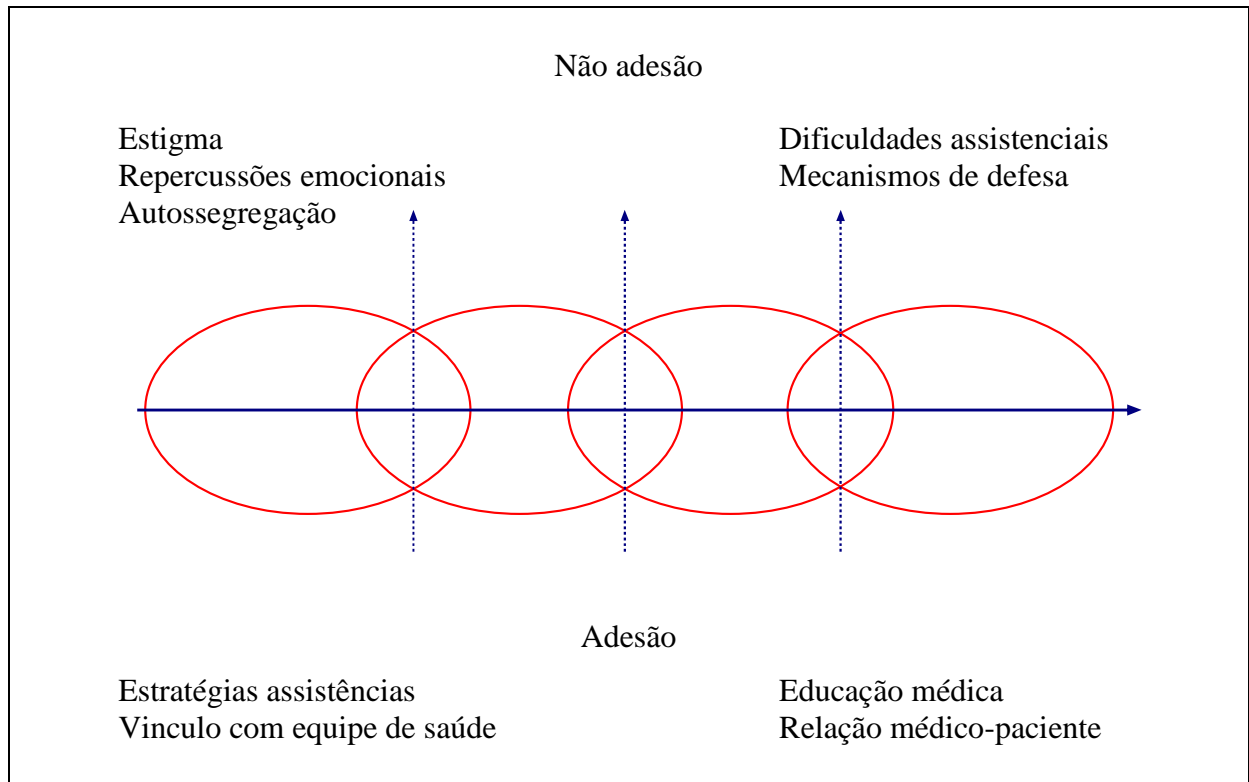
codificação axial da TFD. Nas etapas de codificação axial e seletiva, foi realizado o agrupamento e algumas categorias apresentaram interseções, ou seja, cruzamentos com outras condições e/ou outras categorias.

Nas entrevistas com os pacientes e os alunos, apreendemos os conteúdos simbólicos de suas falas individuais e coletivas quanto à representação da TB, as repercussões emocionais do diagnóstico e a adesão ao tratamento, relacionados à categoria axial da TFD - ação/interação. Destacamos algumas categorias referentes a este eixo, que emergiram do processo de análise interpretativa de suas falas e que faziam interseções entre si, ou seja, cruzamentos com outras condições e/ou outras categorias, expressando substancialmente o tema do estudo, além de mostrar as premissas do Interacionismo Simbólico, que implicam a produção de significados e ações delineados a partir das interações. Também foram incluídos os conteúdos dos preceptores, apenas com abordagem individual.

Embora tenhamos analisado as categorias referentes às demais dimensões: condições causais, contexto, condições intervenientes, e consequências, estas não serão discutidas nesta Dissertação, mas em futuros artigos. A síntese dessa análise e o agrupamento das categorias nos diferentes eixos, bem como suas interseções estão demonstrados no Apêndice A.

Os resultados do presente estudo, referentes às categorias do Eixo Estratégias de Ação/Interação foram descritos, comparados e discutidos como se segue.

A figura 1 apresenta um diagrama, utilizado na TFD (Strauss e Corbin, 2009) referente ao eixo Ações/Interações e suas interseções apreendidas nas falas dos participantes do estudo. No diagrama, as categorias acima podem levar a não adesão e abaixo a favorecê-la, de acordo com o contexto e as condições intervenientes que atravessam o processo de vivência de adoecimento e tratamento da TB.



Legenda:

- Linha horizontal: Processo de vivência de adoecimento e tratamento
- Linha vertical: Condições intervenientes ocasionando ação/interação
- Círculos: Contextos para interação
- Sobreposição nos círculos: interseção de condições e consequências resultando na mudança de variação no contexto e ajustes feitos na interação para manter a adesão ou propiciar a não-adesão.

Figura 1: Vivência de adoecimento e adesão ao tratamento - Categorias e Interseções do Eixo Ações/Interações da Teoria Fundamental nos Dados.

Elaborado pela autora.

6.1. COMPREENDENDO A TUBERCULOSE

Enfrentar o adoecimento e o tratamento da TB implica em diversos significados definidos como categorias no eixo ações/interações da TFD. Entre elas, destacamos o *estigma*, que está intimamente relacionado à TB nas concepções sociais, por séculos, de forma discriminatória, revelando os problemas da realidade social em que o sujeito está inserido.

A marca da cicatriz localizada no pulmão do paciente ao terminar o tratamento, foi expressa por alguns como uma identidade que persiste, causando medo de adoecer novamente.

É... a gente sempre acha que está ainda doente... acha que tem alguma coisa, sempre de errado... pega uma gripezinha já fica com medo... entendeu? É normal... parece que daqui pra frente assim, a vida não vai ser mais a mesma, porque... sequela sempre fica (Ruy)

Na concepção do aluno e do médico o *estigma* podia ser *causa* de adesão, pelo medo de permanecerem nesta condição ou de abandono pela influência negativa da concepção da TB no *contexto* social do paciente, o que também ocorre entre os profissionais de saúde devido ao medo de contaminação e gravidade. Uma médica de outra especialidade encontrou-me no corredor e exclamou:

Como você consegue trabalhar naquele lugar! Você nunca pegou, não?(Dra. Lívia)

Os traços históricos do *estigma* na TB inseridos nas normas institucionais e nas comunidades, apontado por Courtwright e Turner (2010) como dificultador do diagnóstico e facilitador de abandono do tratamento, também reforça uma identidade mórbida que repercute nas ações e interações dos sujeitos em seu contexto social verificado em nosso estudo. O uso de máscara como dispositivo de biossegurança, obrigatório no ambulatório, é outro aspecto de relevância, que simboliza a condição de “ser contagiante”, demarcando o *estigma* e os limites na interação social. Seu uso pode trazer a idéia de segurança e proteção, como também tornar visível a condição de doente e transmissor.

Os pacientes temem a TB seja por desconhecimento da doença ou por medo de transmitir aos familiares. Este medo foi expressivo nas falas dos pacientes, levando a uma postura de *autossegregação*.

“Mas por eu estar podendo contaminar outras pessoas... às vezes você se sente mal... É... você não tem mais aquele convívio que você tinha. Você não pode chegar numa sobrinha sua, abraçar, beijar... é... poxa, você tem que se privar totalmente de...” (Ruy)

A categoria **autossegregação** (a pessoa isola-se por temer transmitir e pelo estigma) foi mencionada por todos os participantes do estudo, designando um comportamento adotado pelos pacientes em suas interações.

...há uma ruptura do relacionamento familiar, da vida familiar, só devido ‘a tuberculose, pela possibilidade, por exemplo, das crianças pegarem tuberculose. Então as crianças são enviadas para as avós... ficam com as avós... (Dr. Eloi)

O comportamento de autossegregação é reforçado na fala da aluna:

Pode contaminar outras pessoas... também tem aquela parte... social, também que a pessoa às vezes não quer contaminar outras pessoas, as pessoas deixam de fazer contato... (Mara)

Verificamos no estudo de Bertazone et al. (2005), que os problemas sociais, assistenciais e a **autossegregação** foram priorizados como um meio para escapar do estigma segundo os trabalhadores de enfermagem que atendiam pacientes acometidos por TB pulmonar. Além desses aspectos, em nosso trabalho, foi muito significativa a autossegregação dos pacientes por temerem transmitir a doença, principalmente a seus familiares, e a preocupação dos médicos de que esse comportamento interferisse negativamente na adesão.

As **repercussões emocionais** (sentimentos advindos do diagnóstico, do processo de adoecimento e tratamento) perpassaram as falas analisadas neste estudo. Assim como acontecia com os pacientes, ao receberem o diagnóstico de TB, os médicos também vivenciavam repercussões emocionais ao dar o diagnóstico, como resultado das interações significativas estabelecidas no percurso de tratamento. O convívio por seis meses aproxima médico, paciente e muitas vezes os familiares, estreitando esses laços e promovendo sentimentos e ações.

Destacamos algumas expressões das repercussões emocionais dos pacientes ao se depararem com o diagnóstico de TB.

Então foi muito... muito doloroso. (João)

Eu não sei muito bem chegar até lá com isso, porque pra mim foi uma surpresa e uma derrubada na minha vida pessoal. (Ana)

O sentimento expresso nessas falas foi compartilhado pelos médicos, demonstrando empatia com o paciente.

O diagnóstico é assustador para ele. Porque... a idéia que se tem é de que a tuberculose é uma doença que mata muito e que... é uma doença até potencialmente mais grave do que

realmente é. Então, acho que... a expectativa do diagnóstico de tuberculose, (...) do ponto de vista do paciente tem um impacto forte, por causa disso. (Dr. Vitor)

Três médicos caracterizaram o significado do diagnóstico da TB como um desafio.

A tuberculose para mim significa um desafio. Porque envolve a questão social, a questão política, a questão econômica, o país como um todo, porque é uma doença negligenciada, uma doença da pobreza... E... eu acho que esse desafio é o que mais me fascina na tuberculose. Por um lado a gente tem, tecnicamente, como agir, o correto e tal, e por outro lado tem uma doença que comparativamente, sem controle, apesar de tudo isso. É um desafio. (Dr. Vitor)

Dar o diagnóstico de uma doença que tem possibilidade de cura, tem como consequência o sentimento de alívio para alguns médicos; significa poder dar esperança.

Eu acho que é dar uma esperança. O importante é explicar junto com o diagnóstico o que é isso hoje... dizer que a possibilidade de cura é muito, muito alta. Com raras exceções, só em caso de... complicações, da própria pessoa. (Dra. Eva)

Os alunos manifestaram dificuldade de compreender a diferença entre a informação, o entendimento do paciente e as *condições intervenientes*, ou seja, as situações inesperadas que ocorrem no percurso do tratamento. Ora identificados com os pacientes ora com o papel de médico, apresentaram **repercussões emocionais** como *consequência* dessas vivências e demonstraram dificuldade para entender os sentimentos, os comportamentos dos pacientes e o que estes entendem sobre o tratamento.

É explicado, os médicos explicam, mas não sei porque que eles não... não aderem. É. Abandonam o tratamento. Um bacilo, que se ganhar resistência é tão perigoso. Se for resistente aos antibióticos, não tem opção, quase, de tratamento, né. É uma doença grave demais. Não sei. (Davi)

A entrada no hospital pelo estudante de medicina é um dos momentos críticos ao longo do curso como ressaltam Ramos-Cerqueira e Lima (2002). Os alunos do quarto ano que participaram do nosso estudo estão passando por esse processo. Eles lidam com as dificuldades e angústias implicadas na realização de suas atividades e com sua inexperiência clínica, construindo defesas, para moldarem sua identidade profissional.

O momento de alta para o paciente *causou* diferentes *emoções*, como, conforto por livrar-se do remédio e *consequentemente* dos efeitos adversos causados por eles. A certeza da cura gerava sentimento de liberdade, alívio por não mais transmitir TB (mesmo sendo comunicado que após 15 dias de medicação a pessoa não está mais bacilífera, o paciente só acreditava não ser mais contagiante na alta do tratamento). Para muitos pacientes, saber que estavam curados fez recuperar o ânimo.

Foi ótimo!... Porque você sai dos seis meses que você ficou parado... aí você volta a trabalhar, né. Aí, você volta a trabalhar com toda força... com todo ânimo e tudo... (Luna)

6.2 COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DE ADOECIMENTO NA TB

A interação dos participantes nos grupos de pacientes e alunos despertou diferentes noções comparadas àquelas mencionadas nas entrevistas individuais. Funcionou como um espelho, no qual um se percebe no outro. Este recurso nos permitiu definir as categorias **Grupo/Interação/Adesão** (a interação que ocorre no grupo favorecendo a adesão) para os pacientes e **Grupo/Interação/Significado** (a interação que ocorre no grupo favorecendo a reflexão) para os alunos.

A fala de um paciente revela esta interação:

Com ela teve um efeito que eu não conhecia. Comigo já é mais diferente assim, eu... Não é tão diferente também não, mas... eu sinto a mesma coisa do que ela, fome... incessantemente toda hora, toda hora eu sinto vontade de comer. (Juan)

O reforço positivo se fez presente nas falas de incentivo nos grupos de pacientes, como atitudes tranquilizadoras para suportar o tratamento e demonstrou reconhecer que a doença não é só biológica:

É, mas a gente não pode ficar pensando que ela vai voltar, não. Se não ela volta. Fica pensando nela, vai voltar, ela volta. Tem que esquecer dela, também. Tudo está no psicológico da pessoa, sabia. Se a gente achar que a tosse vai vir, mais tarde está tossindo. (Ivan)

A interação em grupo favoreceu expressões não verbalizadas individualmente, a exemplo das intenções de abandonar o tratamento, como o resultado dos comentários alheios acerca do prejuízo causado pela medicação (antibiótico) ao fígado:

Porque, assim, eu escuto as pessoas falar lá “pô tu tá enjoado por que... pô tá afetando o teu fígado e tal, isso aí é problema de fígado e não sei o quê”. E a gente vai ficando com medo, entendeu? Com o tempo. É... esse é o meu medo, assim, entendeu? Às vezes dava até vontade, assim de parar de tomar a medicação... (Juan)

Um aluno demonstrou desconhecer a disponibilização gratuita dos medicamentos na rede pública e foi corrigido por outro aluno, quando em interação no grupo, demonstrando o

caráter informativo dessa estratégia terapêutica, bem como sinalizando a necessidade de enfatizar os conhecimentos básicos de nosso Sistema Único de Saúde na formação médica.

O grupo focal é uma técnica muito utilizada em pesquisa qualitativa. A revisão bibliográfica realizada por Gondim (2002) sobre o uso de grupos focais como técnica de investigação qualitativa considerou que na área da saúde, ela contribui para viabilizar a abordagem de grupos com diferentes comorbidades e a difusão de informações para a população carente. Fazendo um paralelo com o nosso estudo, no qual realizamos grupos com pacientes e alunos, constatamos que o grupo focal foi um importante recurso para compreender as diferentes percepções, atitudes e contextos sociais dos participantes, na qual a interação favorece o reforço positivo que contribui com a adesão e com a educação.

Como um espaço de escuta coletiva, o grupo, segundo Flick (2009), revela os significados existentes nos discursos das pessoas e a forma utilizada para negociar esses significados, gerando diversidades dentro do grupo. Em nosso estudo identificamos semelhanças, no grupo de alunos, a exemplo de opiniões que se reforçavam mutuamente, o que pode ser entendido como um apoio assertivo em função de uma experiência incipiente e da necessidade de reforço da aprendizagem. Entre os pacientes houve uma interação solidária, para auxiliar na adesão, a partir de trocas de experiências e discussão sobre efeitos adversos, interrupção do tratamento e repercussões sociais advindas da TB. Isto caracteriza a importância dessa estratégia terapêutica no cuidado aos pacientes com TB, no entanto, há uma resistência à organização de grupos de TB, por outros profissionais de saúde, no ambiente hospitalar, pelo temor do contágio, não havendo local específico para este fim, mesmo após 15 dias de tratamento, quando o paciente não é mais bacilífero. Esta é uma expressão do estigma social no nível institucional.

O ato de o paciente desistir do tratamento marcava-o na área da assistência e em sua rede social, que desconsideram as particularidades relacionadas ao abandono, gerando *culpabilização e responsabilização* do mesmo. Ficou evidente a divergência entre discurso e prática. Ao abordarem a adesão, tanto os médicos como os alunos, em suas falas incluíram a *responsabilização* do paciente no tratamento, valorizando sua cultura, personalidade e vínculos, ou seja, as suas particularidades. Isto sinaliza o sentimento de impotência dos profissionais diante do paciente que interrompe o tratamento, pois suas demandas, além da necessidade de medicamentos, por vezes são inatingíveis.

No grupo de alunos, uma aluna relatou um fato presenciado no ambulatório de TB, que expressou a questão das ações no âmbito institucional, levando à *responsabilização* do usuário.

Tinha uma menina, que tinha sido super maltratada em outros lugares... As pessoas até falavam que era frescura dela... que a mãe dela era muito histérica... E... que aqui descobriram. A mãe dela tava super grata a todos os médicos... porque estava acabando o tratamento. E estava super grata porque até então, todo mundo tratava como se fosse frescura da menina... Como se fosse dor nas costas só... Ninguém imaginava... ninguém fazia exame na menina aí eles ficaram super gratos e trataram direitinho. (Julia)

Na entrevista individual, a aluna referiu:

Para mim, adesão ao tratamento é a pessoa querer... Ficar melhor, né, eu acho. ((riu)) Acho que é a pessoa querer ficar melhor, ela segue aqueles passos direitinho, entendeu. Se conscientizando de que é uma coisa grave se não tratar, ela vai aderir bem ao tratamento. Que é necessário mesmo... (Mara)

Os sentimentos de **culpabilização e responsabilização** do paciente pela transmissão e tratamento da TB foram verificados neste estudo por todos os participantes como possibilidade de abandono. Essas concepções também são abordadas no estudo de Souza et al. (2009) com a diferença de que priorizaram analisar as características dos serviços de saúde, ou seja, fatores ambientais externos aos pacientes, e sua relação com adesão ao tratamento da TB, não dialogando com os pacientes, médicos e alunos, como realizamos em nosso estudo, os quais retrataram questões de natureza individual e social específicas..

Alguns trabalhos como o de Monroe et al. (2008) dirigem a responsabilidade para os centros de referência à TB quanto a continuidade do tratamento sem desconsiderar a parte que cabe ao paciente. Em nosso estudo verificamos que a corresponsabilidade quanto ao tratamento varia em função do perfil de cuidado de cada profissional.

O **encobrimento** (entendido como o mecanismo de manipulação da informação a fim de ocultar aspectos da doença que podem levar à estigmatização) apropriado pelos pacientes foi percebido pelos médicos e alunos como garantia do convívio. É uma *consequência* das condições contextuais estigmatizantes gerada pela interação social. Os pacientes por temerem a rejeição e muitas vezes por se envergonharem da doença que possuíam, não comunicavam que estavam com TB para as pessoas de seu convívio, evitando reações negativas.

...no início... eu não saía muito de casa. Estava muito magro... As pessoas até achavam que eu estava usando drogas... Emagreci muito. Aí, muita gente não sabe desse tratamento que eu faço. (Jose)

Na opinião de uma aluna:

A pessoa já espera que não se conte. Acho que é uma coisa assim... Tem essa coisa de esconder a tuberculose. As pessoas próximas, às vezes os vizinhos... tem muita proximidade, mas fica escondendo da família... A pessoa não conta... e fica por isso mesmo... (Rita)

O **encobrimento** é um comportamento referido por alguns autores que visa a preservar a privacidade, ocultar o diagnóstico e evitar manifestações preconceituosas relacionadas à doença discriminada socialmente (Goffman, 2008; Clementino et al., 2011; Mbonye et al., 2013). No decorrer das entrevistas com os pacientes, esse mecanismo foi uma manifestação freqüente, para evitar o isolamento no contexto social. No local de atendimento isso não era compreendido por alguns profissionais que demonstravam sentimentos de impotência e de insatisfação pela dificuldade em fazer com que o paciente aceite ajuda e consiga aderir ao tratamento. Em nosso estudo, percebemos que diante da pressão social na TB, o doente utiliza-se do segredo, não divulgando a sua doença para as pessoas, como forma de enfrentamento para manter o convívio social, o que também foi constatado no estudo de Souza (2006) que entrevistou apenas pacientes portadores de TB.

As **dificuldades assistenciais** (englobam todas as dificuldades referentes a diagnóstico, tratamento e assistência) foram expressas pelos pacientes e médicos. Na visão dos médicos o perfil da(o) tuberculose(o) mudou e as técnicas diagnósticas avançaram, mas não a ponto de atender as necessidades para um diagnóstico mais rápido.

Atualmente, os pacientes estão procurando o médico mais cedo, com mais precocidade. Então, o que acontece, é que o paciente chega com uma condensação no pulmão, com sintomas... que podem ser tuberculose ou não e o escarro é positivo (...) quando o escarro direto é negativo... E... o que acontece é que nós precisamos pedir além de cultura, que demora de 35 a 45 dias... Nós pedimos, também, broncoscopia e tomografia computadorizada. Isso aumenta o preço que o hospital paga para o diagnóstico. E aumentam, também, a possibilidade de nós termos vários exames sem chegar ao diagnóstico. (Dr. Eloi)

Essas **dificuldades assistenciais** se cruzavam com as **condições intervenientes**, como dificuldade de diagnóstico, vínculo de confiança comprometido, dificuldade de comunicação com a equipe e iatrogenia, interferindo no processo de adoecimento e tratamento, influenciados pelas interações no âmbito assistencial.

Sem rumo, então... Até que eu vim de (...) já com tudo direitinho, com laudo de tuberculose. Que eu cheguei no hospital (...) ele falou: “Ah, você não tem nada de tuberculose”. Passou não sei o que lá, um remidinho e tal. Disse que era uma doença que não tinha cura... que mais cedo ou mais tarde eu ia perder o pulmão, que não tinha jeito, etc e tal. E o diagnóstico final foi isso. Pelo pneumologista, que não devia saber de nada. E foi esse corre, corre, e deu três anos sem tratamento. (Léo)

Essa fala expressou o vínculo de confiança comprometido e a iatrogenia cometida pelo médico, demonstrando o despreparo de alguns profissionais especializados na área para diagnosticar TB e a desconsideração ao diagnóstico concluído em outra instituição. A fala do

médico expressa pelo paciente determina uma sentença de morte e propõe o diagnóstico mal definido de uma doença crônica. Como *consequência* dessa ação, o paciente peregrinou sem tratamento por três anos até a conclusão do diagnóstico de TB no HUPE. Essa era a realidade vivida pelos pacientes, que apresentavam piora devido à demora do diagnóstico e, também, colocando a saúde das pessoas de seu convívio em risco.

Eu não sentia nada. Aí eu fui pesquisar. Agora quando eu comecei a pesquisar a coisa... Depois de um ano, mais ou menos, é que eu comecei a sentir coisas..., fraqueza... Depois de quase dois anos comecei a botar sangue... e coisa e tal. Até que chegou os três anos, aí eu parei aqui, né..., resolvendo a coisa.(Léo)

Uma paciente levantou a questão sobre o direito do usuário não contemplado, pois ao sentir-se mal, possivelmente devido à medicação, percebeu que os remédios não possuíam bula, impedindo maior acesso à informação em relação a seu tratamento. Esse *fator interveniente* gerou angústia e dúvida quanto a continuar a administrar a medicação.

Os problemas agora que estão me surgindo é de sentir dor, aqui, ali e acolá!... Sem eu saber o que, que é. Não sei se o remédio também provoca, porque não tem bula pra gente ler, pra saber as reações que dá. (Ana)

Os alunos falaram sobre **dificuldades assistenciais**, quanto à importância da informação para o paciente sobre seguir o tratamento até o final, mas não se aprofundaram nesses aspectos, provavelmente, por ainda não estarem inseridos profissionalmente nesse contexto.

Ao abordar o tema abandono, Rocha e Adorno (2012) nos fazem pensar sobre os motivos que levam o paciente com TB a desistir do tratamento. Esses autores apontam como motivos principais o mesmo que constatamos em nosso estudo, nas expressões de todos os participantes: o fato de conviverem com um tratamento muito difícil, longo, vinculado a **dificuldades assistenciais**, que muitas vezes desconsideram o contexto social do paciente, assim como as suas crenças e concepções sobre saúde e doença, os efeitos adversos e as dificuldades financeiras.

A categoria **obediência médica** é uma *ação* que privilegia a relação estabelecida entre médico e paciente. Esse tema foi discutido pelos alunos no grupo e não foi expresso durante as entrevistas individuais. Esta categoria foi debatida como uma postura desafiadora quando tende a não agir segundo as prescrições do tratamento, principalmente se o paciente for do sexo masculino.

Um monte de coisa. O próprio sexo da pessoa... Geralmente o homem tende a desrespeitar mais, não a desrespeitar mais... a desobedecer mais o médico... (Neusa)

É uma postura mais desafiadora. (Diego)

A questão da obediência médica apontada pelos alunos exemplifica um padrão de relação na assistência em saúde, particularmente no Brasil, onde predomina um cuidado paternalista. Segundo Moraes et al. (2009), o termo obediência costuma ser empregado por profissionais que lidam com pacientes que têm uma postura passiva diante do seu tratamento, não sendo corresponsável pelo mesmo. Como crítica a essa postura estigmatizante, este autor afirma: “Nesse caso, o não seguimento das recomendações profissionais é entendido como uma desobediência às prescrições, um desvio de conduta do paciente” (p. 3). E os futuros cuidadores, os alunos deste estudo, alimentam essa postura, fechando-se para a escuta de quem está em sofrimento e, assim, desconsiderando o conhecimento que o mesmo possui sobre sua doença, bem como os repertórios terapêuticos aprendidos e desenvolvidos, ao longo de sua vida, em seu contexto sociocultural para cuidar de seus padecimentos.

Para enfrentar a vivência de adoecimento e tratamento, os pacientes demandavam cuidados em suas interações sociais, que caracterizamos como *rede social de apoio* (entendida como conjunto de todas as relações interpessoais que a pessoa percebe como significativas – familiares, amigos íntimos e relacionamentos formais). Ao ser entrevistado um aluno comentou:

A família dando apoio, ali. Dando incentivo... falando que tem de tratar porque tem cura... e que está com ele... de que está apoiando. Os próprios amigos... pra pessoa isso melhora, né. Até a imunidade. Tem estudos que dizem que melhora muito a imunidade, depois que a pessoa... É... tem um apoio da família, dos animais. (Igor)

O *vínculo com a equipe de saúde* se mostrou muito relevante para a adesão, em particular, quando a equipe seguia o modelo do cuidado integral. Os pacientes elegiam um profissional, geralmente o médico, por meio de suas prescrições, como referência para seguir o tratamento.

Assim como o trabalho de Souza et al. (2010) enfatizamos a singularidade da pessoa acometida por TB no que tange ao abandono do tratamento, utilizando o vínculo com a equipe de saúde como estimuladora da adesão. Acolher o paciente em sua singularidade num ambiente de escuta e solidariedade é demarcar a diferença em seu tratamento, o que é possível a partir da compreensão dos aspectos subjetivos implicados em sua vivência e comportamentos, o que foi explorado por nosso estudo e se mostrou favorável à adesão.

A importância da *relação médico-paciente* interferindo na adesão, foi referida por todos os participantes do estudo e os preceptores enfatizaram o acolhimento como fundamental para todo o processo de cuidado ao paciente. Essa relação está inserida num

conjunto de ações resultantes de significados produzidos nas interações entre o acometido por TB, os profissionais da equipe de saúde e os órgãos públicos. Essas ações podiam interferir como *causa* de adesão ou de abandono.

... é um paciente que a gente vai acompanhar durante um longo tempo e que precisa criar um vínculo... pra que crie confiança e que a gente consiga completar esse tratamento. Se o paciente não confiar não vai fazer. Vai fazer no começo... não vai confiar e vai largar a medicação. A gente sabe que o paciente tem muita resistência em fazer. Então eu acho que o médico tem o papel mais do que fundamental nesse momento. (Dr. Edgar)

Os relatos obtidos neste estudo, assim como a literatura, mostraram que o **vínculo com o profissional de saúde** e uma boa **relação médico-paciente** favorecem a continuidade do cuidado. Segundo Souza (2006, p. 36), os “significados a respeito da doença são construídos através da convivência rotineira no ambiente das instituições de saúde”, daí a importância de se constituírem vínculos eficazes com os pacientes, tanto para atender demandas como para antecipá-las. O nosso estudo mostrou que para manter um bom vínculo é necessário que a equipe de saúde desenvolva habilidades compatíveis com o cuidado integral, como: criar estratégias de adesão, acolhimento, escuta; trazer a família para o atendimento de modo a atender o usuário em suas particularidades, necessidades e demandas, respeitando as diferenças.

Um aluno observou uma prática utilizada no ambulatório de TB do HUPE, onde o paciente ao receber alta toca um sino que fica pendurado na área de atendimento, com o intuito de incentivar o paciente a valorizar a vitória alcançada e a incentivar os demais pacientes que o escutam a dar continuidade a seu tratamento. Incluímos essa prática na categoria **estratégia assistencial** (recursos oferecidos pelos profissionais aos pacientes, para favorecer a adesão). Um aluno observou:

... quando a gente entrou no ambulatório, você percebe que o médico tem uma boa relação, aqui. Naquele dia que a gente ficou ... Ele ficava estimulando o paciente a tomar o remédio. A gente até viu numa consulta, um paciente que tinha acabado de tomar a medicação... aí toca o sino, tira foto... aquela coisa! ((risos)) (Jorge)

Outra **estratégia assistencial** relatada por preceptor, facilitadora da adesão, era o contato com os pacientes que faltavam à consulta.

...o nosso índice de adesão aqui no hospital, por sermos hospital especializado, terciário... é parecido com as unidades básicas de saúde e a gente não faz DOTS. O paciente faltou, a gente entra em contato, a gente liga, manda telegrama... Com todas as deficiências do nosso serviço, a gente ainda tem uma equipe multidisciplinar que ajuda... (Dr. Marcéu)

A prevenção da TB latente era outra **estratégia assistencial** considerada fundamental:

...eu acho muito legal uma coisa que é a tuberculose latente. Você poder tratar... prevenir. Atuar nos casos antes que a tuberculose se manifeste. Acho que isso é uma coisa que tem sido explorada que eu acho muito... legal. (Dra. Eva)

Como vimos, os médicos e alunos apontaram e valorizaram algumas estratégias assistenciais que consideravam positivas para a adesão. Neste enfoque, entendemos que é preciso educar o aluno para um olhar mais abrangente sobre o paciente, mostrando que o cuidado exige mais do que o uso de medicação. Permitir que o aluno vivenciasse uma **estratégia assistencial** como a de tocar o sino, no momento da alta, foi mostrar para ele que a relação e o vínculo estabelecido durante o tratamento também funcionam como recurso terapêutico.

O estudo de Neves et al. (2010) destaca algumas estratégias sugeridas pelos pacientes a fim de facilitar a adesão, como diminuir a quantidade de remédios e o tempo de tratamento. Em nosso estudo, essa sugestão foi referida pelo médico, incluindo a necessidade de pesquisa dos efeitos adversos na TB, apontando para outras possibilidades de investigação a partir da compreensão da vivência de adoecimento e tratamento implicados nos comportamentos dos pacientes. Entendemos também que essas sugestões são importantes, porém implicam modificações nos esquemas terapêuticos, que são da competência das políticas de saúde. Os nossos pacientes, ao contrário, comentaram que se apropriavam de estratégias, como: utilizar a marcação diária no calendário ao tomar a medicação, colocar um lembrete na porta do cômodo onde guardava o remédio e controlar pelo número de medicamentos na cartela. Essas estratégias mostram o investimento emocional do paciente, seu comprometimento pessoal e as interferências em sua rotina para alcançar a adesão. É um investimento que deve ser valorizado, considerando o período longo de tratamento e, muitas vezes, a presença de comorbidades, que incluem medicamentos adicionais.

Médicos e alunos reconheceram o DOTS como uma interferência positiva na adesão, o que categorizamos como **TB e sociedade** (situações que envolvem políticas de saúde e TB na comunidade).

...em muitos locais o que ganha... Muito na adesão é a estratégia DOTS, em que o paciente tem de ir lá todos os dias ou no Posto ou o agente comunitário de saúde vai à casa do paciente... Eu acho que não precisa para todo mundo. Mas como política de saúde pública, isso acaba tendo resultado. (Dr. Marcéu)

Médicos e alunos pontuaram como uma *interferência na adesão* o fato de que os pacientes utilizavam mecanismos de defesa (egóicos) para se defenderem de sentimentos dolorosos, a exemplo da **negação**. Este mecanismo foi descrito por Freud (1972) e designa

uma recusa a reconhecer a existência de uma situação real ou os sentimentos associados a ela por rejeição direta a um dado sensorial traumático.

Alguns pacientes tenderam a negar o diagnóstico de TB, demonstrando ser uma notícia emocionalmente desestruturante e de aceitação difícil, mesmo quando os resultados dos exames eram positivos.

Isso era evidente quando o paciente saía da consulta sem ter entendido ou ouvido nada do que o médico havia dito.

Eu ainda não consigo acreditar que estou com TB. Eu não sinto nada. Não tenho nenhum sintoma dos que as pessoas falam. (Lia)

Até as perguntas que ela tava perguntando eu estava respondendo meio assim. Até no hospital que eu estava, ela tava perguntando o nome e eu não sabia. Eu estava meio aéreo. (Ivan)

Em paralelo, a **racionalização** – outro mecanismo pelo qual a pessoa atribui uma explicação lógica para determinada situação, retirando o afeto, diante de situações difíceis (Rocco, 1992) - foi expressa por pacientes e profissionais de saúde.

Mesmo que sinta todas as reações do mundo, insiste porque é melhor você sentir as reações agora do que mais tarde deixar alguém chorando aí... porque você está lá se definhando, morrendo por causa desse problema, né. (Bia)

Quando o paciente era um profissional de saúde, diferentemente dos demais pacientes, sentia-se em risco constante por trabalhar em um ambiente que o tornava vulnerável a adoecer por TB, atribuía o seu adoecimento ao local de trabalho, considerando-o ameaçador e temia a recidiva da doença, após a alta do tratamento.

É, reduzir o risco, né. Acho assim... isso aí tem me... me favorecido bastante. Tem me influenciado bastante na defesa. (...) a doença não foi suficiente para eu parar. Eu aprendi assim... tinha que... eu não ia parar a minha vida. Mas aí eu estabeleci para mim uma estratégia... eu achei que era importante eu estabelecer uma estratégia, entendeu, para eu poder continuar vivendo. Levando a minha vida. Não parar. (Miguel)

Ao se almejar a adesão é importante que o profissional de saúde tenha conhecimento sobre os mecanismos de defesa mais comumente utilizados pelos pacientes e pelo próprio profissional a fim de favorecer o tratamento. A **negação** é um mecanismo de defesa usado como tentativa de processar as informações que podiam desestruturar o seu equilíbrio, apresentada na literatura como a defesa mais utilizada pelos pacientes na fase aguda das doenças ou nos casos de prognóstico grave (Spitz, 1997) como vimos entre os nossos pacientes entrevistados.

Diferente da negação, a racionalização, entre os pacientes deste estudo, permitia que eles cumprissem as prescrições médicas, favorecendo a adesão. Segundo Ferreira-Santos

(2010) a racionalização é um mecanismo de defesa muito comum entre os médicos, o que foi possível perceber entre os nossos entrevistados profissionais da equipe de saúde.

6.3. FORMANDO FUTUROS MÉDICOS

Oferecer um espaço de escuta e reflexão aos alunos, que “passavam” pelo ambulatório de TB (sua inserção no ambulatório era muito rápida), sobre as rotinas vivenciadas no curso de graduação, nos colocou em contato com fatores de relevância relacionados ao ensino médico, suas práticas de cuidado, percepções de doença e as muitas ações e interações nesse processo formativo, que incluímos na categoria *educação médica*.

Na análise do Ementário (2011), para verificar os conteúdos da formação médica relativos à integralidade e adesão terapêutica, do curso de graduação de Medicina da UERJ, constatamos que entre as 147 disciplinas oferecidas durante todo o curso, apenas 12 mencionaram em sua ementa ou objetivo o conceito de atenção integral e somente uma disciplina enfatizou a adesão ao tratamento. Consideramos que o número de disciplinas abordando estes conceitos é muito reduzido, em vista de sua importância para a formação dos futuros cuidadores.

Na categoria *dificuldades do aluno* (engloba todas as dificuldades verbalizadas quanto à assistência, aspectos físicos, emocionais e sociais que envolvem a TB e o aprendizado do aluno) destacamos a dificuldade do aluno de compreender a diferença entre a informação fornecida, o entendimento do paciente e os *fatores intervenientes* que transcorrem no curso do tratamento.

Ao serem questionados sobre o significado do diagnóstico de TB para o paciente, quase a totalidade dos alunos não conseguiu desenvolver idéias a respeito, demonstrando, principalmente com o silêncio, uma dificuldade de apreensão dos aspectos subjetivos envolvidos na vivência de adoecimento e também de se colocarem no lugar do outro. Essa dificuldade aponta para a necessidade de uma formação que priorize a noção de integralidade e a visão holística do ser humano, estimulando a reflexão e implantação dessas abordagens de forma mais efetiva. Para que a prática de atendimento integral seja efetiva, exige-se que o

profissional de saúde a conceba ideologicamente de modo a atuar na assistência, preventivamente, refletindo, assim, nas situações que envolvem políticas de saúde.

Em nosso estudo, os alunos expressaram o seu descontentamento por irem ao ambulatório de TB somente uma vez durante todo o curso, dificultando o aprendizado e frustrando os interesses que norteiam o atendimento ambulatorial.

Na verdade a gente vem uma vez na vida. (Clara)

O curto tempo de aula prejudica o aprendizado. (Bianca)

O ideal seria que a gente ficasse mais tempo... Ter acompanhado aqueles pacientes para ver se é verdade isso mesmo... se a adesão... se a adesão é difícil mesmo, aqui no ambulatório... se a adesão aqui é melhor... A gente ficou só um dia. Se tivesse voltado no outro dia para atender... Talvez fosse mais interessante. Talvez a gente tivesse ficado mais... por dentro disso. Da situação do paciente com tuberculose. (Jorge)

Os alunos, tanto em grupo como individualmente, comentaram e lamentaram quanto ao curso de medicina ser ministrado de forma concentrada, de modo que eles “passavam” pelos setores, vivenciando por pouco tempo as atividades ambulatoriais. E argumentavam que a teoria e a prática são bem diferentes, não devendo o curso se concentrar nos livros.

Na teoria é tudo bonitinho, né. ((riu)) Na prática é muito diferente. É... na teoria você acha que o paciente vai ter só aquele sintoma... aí cada paciente, é um paciente, não é um livro. Quem dera que fossem todos os pacientes iguais os livros, mas... Você vai se adequando. Acho que é bom ir lá no ambulatório para pegar esse tipo de experiência... Eu vi agora um... ele não tinha nada na broncoscopia, só tinha sintoma e no raio X. Era legal ver essas coisas diferentes, de cada paciente. Seria legal por isso. (Tainá)

Muitos estudos englobam a questão da extensa carga horária que o estudante de Medicina possui prejudicando o seu aprendizado e sua saúde (Koifman, 2001; Abreu Neto et al., 2006; Rezende et al., 2008). Por contemplar o aluno, nosso estudo possibilitou sua crítica ao tempo reduzido destinado às atividades práticas, como prejudiciais ao aprendizado, apesar da extensa carga horária do curso.

O fato de a pesquisa ter sido realizada em um Hospital Universitário mostrou que muitos médicos exerciam a função de professor ou instrutor, mesmo sem terem o cargo de docentes da instituição.

Então, é bom plantar a sementinha no coração desses alunos, enfim... dessa nova geração... Que prioriza mais qualidade de vida... Enfim, que qualquer outra coisa. Tentar tirar esse povo que agora só pensa em fazer dermato..., estética... e botar eles para tratar o povo, realmente. (Dra. Mila)

Uma aluna afirmou ter dúvidas quanto à transmissão de outros tipos de TB, mostrando que os conteúdos teórico-práticos transmitidos necessitam de mais tempo para serem consolidados no aprendizado do aluno:

No raio X tinha, mas no, assim... No BAAR que eles fazem, todos deram negativos. E a gente só vê tuberculose pulmonar, eu queria ver outros tipos de tuberculose. Que realmente eu não sei direito, como passa... como são os sintomas... seria interessante ver outros casos de tuberculose. (Tainá)

E dois alunos disseram não saber sobre a existência de TB extrapulmonar. Esse desconhecimento é motivo de preocupação da médica preceptora:

E a tuberculose acha que tem só no pulmão, né. O meu lema na tuberculose, eu falo para todo mundo isso, é... pro paciente, pro aluno, pra todo mundo... é a tuberculose pode dar da ponta do cabelo até a planta do pé. Então... é claro que o mais comum é o pulmão, mas sempre pensar em tuberculose, principalmente no nosso meio, né. Senão a gente nunca... se a gente não pensar em tuberculose como a gente deve, a gente nunca vai atingir a meta da OMS, enfim. (Dra. Mila)

O objetivo do médico era ampliar a capacidade do aluno para o diagnóstico de TB, mesmo que não venha a ser pneumologista, saber que a TB pode acometer várias partes do corpo e priorizar como uma das primeiras possibilidades de doença ao investigar um paciente, pois no nosso meio ela é bastante prevalente. Isso poderia contribuir com a diminuição da incidência de TB.

A compreensão, no contexto da adesão terapêutica e no cuidado integral, contribui para a melhoria da prática clínica e propõe um avanço em direção à incorporação da compreensão das relações de interação e subjetividade no cuidado e na formação médica, em nossa sociedade, de acordo com o proposto em nosso estudo, visto que a cultura de cada sociedade deve ser enfatizada ao se pensar em intervir nas demandas de cuidado.

Como perspectivas futuras, este estudo pode dar continuidade ao desenvolvimento dos outros eixos da TFD, a fim de contribuir com trabalhos qualitativos que priorizem o cuidado e a adesão ao tratamento da TB e ampliem essa compreensão. Articulando pacientes, médicos e alunos de graduação de medicina, nossos resultados e discussões poderão possibilitar a compreensão das comunicações entre esses principais sujeitos envolvidos no ensino, e conseqüentemente na assistência, a fim de alcançar o sucesso terapêutico.

7. CONCLUSÃO

Os pacientes com TB expressaram a vivência de muitas situações pessoais, sociais e (pré) conceitos que provocavam repercussões emocionais, interferindo diretamente na adesão. Eles utilizavam recursos individuais diversos para lidarem com o diagnóstico e o tratamento, de acordo com os significados constituídos em suas relações pessoais.

As percepções do significado de TB e adesão expressas pelos graduandos de medicina demonstraram a necessidade de priorizar os conceitos de adesão e cuidado integral em seu aprendizado.

Os médicos apresentaram repercussões emocionais no percurso do tratamento, desde o diagnóstico; perceberam a TB como um desafio; sinalizaram a preocupação em ampliar a capacidade do aluno para diagnosticar TB; conceberam a adesão como ministrar a medicação corretamente e consideraram as particularidades do paciente que podiam interferir no sucesso terapêutico.

Acreditamos que a educação médica poderá usufruir dos resultados e discussões, explorados neste estudo, relativos aos aspectos subjetivos do paciente, implicados no diagnóstico e tratamento da TB, a fim de enfatizar o conceito de integralidade na assistência e adesão terapêutica.

O número reduzido de disciplinas abordando os conceitos de integralidade e adesão no Ementário do curso de graduação de medicina, ministrado aos futuros cuidadores, poderá refletir negativamente na assistência, na medida em que o profissional terá dificuldade de apreender e atender o problema do paciente de forma holística.

Compreendemos que o tratamento da TB, por remeter a questões históricas, sociais e pessoais, estava diretamente associado ao comportamento de adesão, não dependendo apenas de medicamentos eficazes.

Destacaram-se como fatores de relevância para favorecer a adesão: uma rede social de apoio; melhora do acesso aos serviços de saúde; boas relações médico-paciente; vínculo com a equipe de saúde; estratégias assistenciais favoráveis à adesão e priorizar a noção de cuidado integral na formação médica.

O atendimento individual ao paciente, quando recebia o diagnóstico de TB, facilitou a elaboração do processo de adoecimento, estabelecendo um primeiro vínculo de confiança com a equipe.

O estudo mostrou a importância da estratégia assistencial de grupo, no segundo mês de tratamento (período crítico para o abandono) e ao final (experiência do tratamento) por promover a interação de reforços positivos entre os participantes, relativos aos conceitos de adesão e integralidade na assistência, incluindo os futuros cuidadores nessa atividade.

A TFD mostrou-se um método valioso para compreender a complexidade que a adesão representa, em vista das interações estabelecidas no processo de tratamento da TB. Este método qualitativo de investigação possibilitou a interpretação das falas dos sujeitos, em profundidade, favorecendo a valorização de suas subjetividades e dos conteúdos humanísticos implicados na vivência dos pacientes e nos saberes, atitudes e práticas no ensino-aprendizagem da formação médica.

8. REFERÊNCIAS

- Abreu Neto, Lima Filho OS de, Silva LEC da, Costa N. Percepção dos Professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG Implantado em 2003. *Rev Bras Educ Med.* 2006;30(3):154–60.
- Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Backes DS. Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery.* 2011;15(4):769–75.
- Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Bergel FS, Gouveia N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev Saúde Pública.* 2005 Dec;39(6):898–905.
- Bertazone É do C, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(3):374–81.
- Bertolli Filho C. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
- Blumer H. *Symbolic Interactionism - Perspective and Method.* 1a ed. 1969.
- Campos FE de, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR de, Campos JJB, Cordeiro H, et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. 2001 [cited 2014 Mar 5]; Available from: <http://metodologiasativas.com.br/site/uploads/275afcf26dc80f66533cd171635ca82d.pdf>
- Carvalho VD de, Borges L de O, Rêgo DP do. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. *Psicol Ciênc E Prof.* 2010 Jan;30(1):146–61.
- Castro M. Qualidade de Vida em pacientes HIV positivos com ou sem depressão do IPEC/Fiocruz segundo escala WHOQOL – HIV BREF. [Dissertação]. [Rio de Janeiro]; 2008.
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Changes in undergraduate education in the health professions from the perspective of comprehensive training [Internet]. 2004 [cited 2014 Mar 4]; Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/49518>

- Clementino F de S, Martiniano MS, Clementino MJ de SM, Sousa JC de, Marcolino E de C, Miranda FAN de. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Rev Enferm UERJ*. 2011 Dec;19(4):638–43.
- Conde MB, Souza GM de, Kritski AL. Tuberculose sem medo. São Paulo: Atheneu; 2002.
- Corbo. Saúde no Século 21: novos desafios devem definir os rumos da formação. *Rev RETS - Rede Int Educ Téc Em Saúde*. 2011;Ano 3 - No. 9 - Jan-mar 2011:2.
- Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions. *Public Health Rep*. 2010;125(Suppl 4):34–42.
- Dalcolmo MP, Andrade MK de N, Picon PD. Multiresistant tuberculosis in Brazil: history and control. *Rev Saúde Pública*. 2007 Sep;41:34–42.
- Daniel TM. The history of tuberculosis. *Respir Med*. 2006 Nov;100(11):1862–70.
- Denzin NK. O planejamento da pesquisa qualitativa - teorias e abordagens. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Fontanella BJB, Bruna Moretti Luchesi, Maria Giovana Borges Saidel, Janete Ricas, Egberto Ribeiro Turato, Débora Gusmão Melo. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011;27(2). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008 Jan;24(1):17–27.
- Freud A. O Ego e os mecanismos de defesa. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1972.
- Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro; 2008.
- Gomes M. O toque das mãos do rei. [Internet]. São Paulo: Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia; 2003 p. 26. Report No.: 20. Available from: <http://sppt.org.br/indexredirector.php?>
- Gomes R, Mendonça EA. A Representação e a Experiência da Doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. *Caminhos Pensamento Epistemol E Método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Gonçalves H. Tuberculosis throughout the times. *História Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2000 Oct;7(2):305–27.
- Gonçalves H, Costa JSD da, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Tuberculosis treatment adherence in Pelotas, Brazil, from the patient's perspective. *Cad Saúde Pública*. 1999 Oct;15(4):777–87.

- Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paid Ribeirão Preto. 2002 Jan 1;12(24):149–61.
- Gradmann C. Robert Koch and the Pressures of Scientific Research: Tuberculosis and Tuberculin. *Med Hist*. 2001;45(01):1–32.
- Gusmão JL de, Mion Jr D. Adesão ao tratamento–conceitos. *Rev Bras Hipertens Vol*. 2006;13(1):23–5.
- Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. Retrospect of tuberculosis control in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2007 Sep;41:50–7.
- Itikawa FA, Afonso DH, Rodrigues RD, Guimarães MAM. Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Méd*. 2008 Sep;32(3):324–32.
- Jamal LF, Moherdau F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. *Rev Saúde Pública*. 2007;41.
- Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2001;8(1):49–69.
- Lakatos EM. Metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2009.
- Laperrière A. A teorização enraizada (grounded theory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens. *Pesqui Qual Enfoques Epistemol E Metodol*. 2a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.
- Leite SN, Vasconcellos M da PC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775–82.
- Mandetta R. Abordagem da subjetividade na prática da medicina. *Estud Méd Psicol Médica E Constr Relações*. 1a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- Mascarenhas MDM, Araújo LM, Gomes KRO. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2005 Mar;14(1):7–14.
- Matta GC. Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Fiocruz. Rio de Janeiro; 2007.
- Mattos D. As Novas Diretrizes Curriculares e a Integralidade em Saúde: uma análise das possíveis contribuições da Odontologia para o trabalho em equipe. [Internet] [Dissertação]. 2006 [cited 2014 Mar 5]. Available from: http://www.abem-educmed.org.br/pdf_tese/danielle_mattos.pdf
- Mattos RA de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004 Oct;20(5):1411–6.

- Mbonye M, Seeley J, Ssembajja F, Birungi J, Jaffar S. Adherence to Antiretroviral Therapy in Jinja, Uganda: A Six-Year Follow-Up Study. PLoS ONE [Internet]. 2013 Oct 11 [cited 2014 Mar 4];8(10). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3795690/>
- Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM de, Meirelles C de AB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13:2133–44.
- Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):262–7.
- Moraes ABA de, Rolim GS, Jr C, Luiz A. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. Rev Bras Ter Comportamental E Cogn. 2009 Dec;11(2):329–45.
- MS M da SBS de V em S. Guia de Vigilância Epidemiológica [Internet]. Brasília - DF; 2009 p. 39–60. Report No.: 7^a edição. Available from: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/ZOO/lepto_gve7ed_atual.pdf
- MS M da SBS de V em S. Boletim Epidemiológico 2012; v. 43 [Internet]. Brasília DF; 2012 Mar. Report No.: Volume 43. Available from: <zotero://attachment/249/>
- MS M da SBS de V em S. Boletim Epidemiológico 2013; v.44; n2 [Internet]. Brasília DF; 2013. Report No.: No. 2. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia/189-boletim-epidemiologico>
- Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. PLoS Med. 2007 Jul 24;4(7):e238.
- Neves SC, Rolla V, Souza C. Educação em saúde: uma estratégia para minimizar o abandono do tratamento da tuberculose em pacientes do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz. Ensino Saúde E Ambiente [Internet]. 2010 Dec 30 [cited 2014 Mar 4];3(3). Available from: <http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/132>
- Nico LS, Bocchi SCM, Ruiz T, Moreira R da S. A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(3):789–97.
- Noronha A. De “doença romântica” a mal social. Rev RADIS Comun Em Saúde [Internet]. 2003; Available from: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/todasedicoes>
- Noyes J, Popay J. Directly observed therapy and tuberculosis: how can a systematic review of qualitative research contribute to improving services? A qualitative meta-synthesis. J Adv Nurs. 2007 Feb;57(3):227–43.
- Oliveira HB, Moreira Filho D de C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. Rev Saúde Pública. 2000;34(5):437–43.

- Oliveira JF de, Antunes MB de C. Abandono anunciado ao tratamento da tuberculose em unidade de saúde da família do Recife - a perspectiva do usuário. *Rev APS* [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 3];15(1). Available from: <http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/1439>
- OMS. WHO | Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing [Internet]. WHO. 2008 [cited 2014 Mar 4]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/download_centre/en/
- OMS. WHO | Global tuberculosis report 2012 [Internet]. WHO. 2012 [cited 2014 Mar 5]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502_eng.pdf
- Orofino R de L, Brasil PEA do, Trajman A, Schmaltz CAS, Dalcolmo M, Rolla VC. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. *J Bras Pneumol*. 2012 Feb;38(1):88–97.
- Piña-López JA, Sánchez-Sosa JJ. Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Univ Psychol*. 2007 Aug;6(2):399–407.
- PNCT M da S. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. 2011th ed. Brasília; 2011. Available from: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf
- Pôrto Â. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. *Rev Saúde Pública*. 2007 Sep;41:43–9.
- Ramos-Cerqueira AT de A, Lima MCP. The establishment of the physician's identity: implications for undergraduate medical teaching. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2002 Aug;6(11):107–16.
- Rezende, Abrão CB, Coelho EP, da Silva Passos LB. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Médica*. 2008;32(3):315–23.
- Rocha D da S, Adorno R de CF. Dropouts or discontinuity of the treatment of tuberculosis in Rio Branco, Acre. *Saúde E Soc*. 2012 Mar;21(1):232–45.
- Santos FK dos, Valadares laucia V. Conhecendo o mundo do ser que enfrenta a diálise peritoneal: nexos simbólicos presentes no cotidiano; Conociendo el mundo del ser que confronta la diálisis peritoneal: enlaces simbólicos en el día a día; Getting to know the world of those coping with peritoneal dialysis: symbolic links in their everyday life. *Rev Enferm UERJ*. 2011 Sep;19(3):473–8.
- Siqueira HR de, Andrade E da T de, Andrade IM, Chauvet PR, Capone D, Rufino R, et al. O essencial na orientação do paciente com tuberculose. *Pulmão RJ*. 2008;17(1):42–5.
- Souza KMJ de, Sá LD de, Palha PF, Nogueira J de A, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Dec;44(4):904–10.

- Souza M, Pereira SM, Marinho JM, Barreto ML. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2009 Dec;43(6):997–1005.
- Souza S da S de. Representações sociais sobre o viver com tuberculose. 2006 [cited 2014 Mar 5]; Available from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/88658>
- Souza S da S de, Silva DMGV da. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):636–43.
- Spitz L. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. *Cad IPUB Saúde Ment No Hosp Geral Rio Jan Inst Psiquiatr UFRJ*. 1997;(6):85–97.
- Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. *Artmed*. Porto Alegre; 2009.
- Terra MF, Bertolozzi MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008 Aug 1;16(4):659–64.
- Thiam S, LeFevre AM, Hane F, et al. Effectiveness of a strategy to improve adherence to tuberculosis treatment in a resource-poor setting: A cluster randomized controlled trial. *JAMA*. 2007 Jan 24;297(4):380–6.
- Turini B, Martins Neto D, Tavares M de S, Nunes SOV, Silva VLM da, Thomson Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Rev Bras Educ Méd*. 2008 Jun;32(2):264–70.
- Víctora CG, Knauth DR, Hassen M de NA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - SÍNTESE DOS PROCESSOS INTERPRETATIVOS – CODIFICAÇÃO NA TFD

A síntese de todas as categorias do estudo descritas abaixo, obtida pela codificação da TFD, considerou as etapas de: codificação aberta, axial (relações e interseções de categorias e subcategorias por eixos) e seletiva; bem como a organização dos achados visando a uma nova teoria relacionada à categoria central.

CATEGORIA CENTRAL DO ESTUDO: Vivência de adoecimento e adesão ao tratamento

LEGENDA DOS EIXOS:

CA: CAUSA **CO:** CONTEXTO **CI:** CONDIÇÕES INTERVENIENTES
A/I: AÇÕES/INTERAÇÕES **CS:** CONSEQUÊNCIAS

INTERSEÇÕES: Registro de diferentes eixos numa mesma categoria.

AGRUPAMENTOS E INTERSEÇÕES

I. ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS PACIENTES:

“CONCEPÇÕES DO PACIENTE ACERCA DA TUBERCULOSE”

“COMPREENDENDO A TB”

1. O que é tuberculose?

Condições causais

(CA) Critério de cura (designado pelos pacientes, ora como doença curável, ora como incurável).

(CA) Doença ameaçadora (representada como doença de risco).

Condições intervenientes

(CI)/(CO) Concepções do senso comum (risco de morte, vida desregrada).

(CI)/(CO) Conhecimento/desconhecimento sobre a doença (referência ao bacilo ser resistente ao ar).

Contexto

(CO)/(CI) Conhecimento/desconhecimento sobre a doença (referência ao bacilo ser resistente ao ar).

(CO)/(CI) Concepções do senso comum (gripe muito forte, relação TB/câncer/pneumonia, contágio pelo espaço físico, transmissível, doença viral, transmissão por objeto, doença grave, doença pulmonar).

(CO) Doença pulmonar e/ou extrapulmonar.

Ações/Interações

(A/I) Estigma (rótulo na TB).

Consequências (sem registro).

“COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DE ADOECIMENTO DA TB”

2. Como foi para você saber que estava com tuberculose?

Condições causais

(CA) Comportamento autodestrutivo.

(CA) Consciência de morbidade ausente.

(CA)/(CO) Estigma.

(CA)/(CS) Medos associados à doença (de transmitir, de incapacitação para o trabalho, de reincidir, do tratamento, da morte, do remédio).

(CA) Repercussões físicas da TB.

(CA)/(CS) Repercussão emocional (do diagnóstico).

Condições intervenientes

(CI)/(A/I) Dificuldades assistenciais (não adesão relacionada a vínculo de confiança comprometido, dificuldade diagnóstica, dificuldade de comunicação com a equipe).

(CI) Comorbidade.

(CI) Interferência na vida pessoal (dificuldade financeira, no trabalho, na vida sexual, vida social, familiar- prejuízo nos vínculos).

(CI) Alteração na identidade (alteração da auto percepção).

(CI) Concepções do senso comum (risco de morte).

(CI)/(CO) TB e sociedade (implicações da família, comunidade e Estado).

Contexto

(CO)/(CA) Estigma.

(CO) Preconceito (de forma geral).

(CO) Profissional de saúde/risco TB.

(CO) Conhecimento pela doença (pela vivência de uma doença grave, doença pulmonar e/ou extrapulmonar).

Ações/Interações

(A/I) Vínculos (de forma geral).

(A/I) Vínculo c/equipe de saúde (com a instituição hospitalar, - favorecendo a adesão).

(A/I)/(CS) Autossegregação.

(A/I) “Mecanismos de defesa (ambigüidade- medo/alívio, negação, racionalização, responsabilização – culpabilização pela doença/transmissão).

(A/I) Estigma (encobrimento - “mecanismo de interação social”, rótulo na TB, tabu em nomear TB).

(A/I) Rede social de apoio.

(A/I) Estratégias de adesão (relação atividade/TB – pelo vínculo às atividades).

Consequências

(CS) Rejeição social (em relação à vivência de adoecimento).

(CS) Interferência na vida pessoal (perda de autonomia).

“COMPREENDENDO A ADESÃO NA TB”**3. Fale sobre o tratamento que foi passado para você?****Condições causais**

(CA) Efeitos adversos.

(CA) Interação medicamentosa (outros medicamentos associados).

(CA)/(CS) Repercussão emocional (ao tratamento).

Condições intervenientes

(CI) Dificuldades assistenciais (não adesão pelo vínculo de confiança comprometido).

Contexto

(CO) Religiosidade/não adesão/adesão.

(CO) Concepção do senso comum (o uso de bebidas alcoólicas com os remédios é associado à morte).

Ações/Interações

(A/I) Vínculo c/equipe de saúde/adesão.

(A/I) Estratégias de adesão (mudança de hábito - relação rotina/adesão).

Consequências

(CS) Adesão.

(CS) Não adesão.

II - GRUPO FOCAL COM OS PACIENTES:

“Foi proposto ao grupo que desenvolvesse uma história acerca da trajetória de um paciente com TB.”

Condições causais

(CA) Critério de cura (curável - atribuição a uma coisa boa).

(CA) Doença ameaçadora (ameaças ligadas à doença).

(CA) Interação medicamentosa (outros medicamentos associados).

(CA) Medos associados à doença: medo do tratamento, medo de ir ao médico, medo da morte (concepção de contagiante), medo de transmitir.

(CA)/(CS) Autonomia diminuída (discordância em relação à orientação médica quanto ao repouso prolongado criticada após ouvir o discurso de outro paciente).

(CA) Repercussão emocional ao diagnóstico (vida pessoal concebida como “derrubada” e “desestruturada”; medo do tratamento (vivido como sofrimento; esquecimento; pavor; choque, abatimento; desânimo; falta de controle do estado de saúde e impotência; também devido ao isolamento respiratório exigido para não transmitir a doença; pela ansiedade para terminar o tratamento; pelo diagnóstico; pelo processo evolutivo e de tratamento da TB; por sentir-se um morto-vivo, sem rumo; pela distância dos filhos e conseqüentemente sentimento de solidão; atenção constante voltada para a vivência de adoecimento).

(CA) Repercussões físicas (foram relatadas: fraqueza, emagrecimento, caroços, moleza, inchaço nos pés, insônia; dor nas costas, dor nos ossos e na coluna, diarreia, falta de ar, emagrecimento, dor de cabeça, cansaço, falta de apetite; dor na perna e no braço; desequilíbrio do organismo, perda de peso, dor no corpo todo, nos olhos, desânimo, febre, suor noturno; debilidade, dificuldade para caminhar).

(CA) Consciência de morbidade ausente.

Contexto

(CO) TB e sociedade (apoio Estatal - auxílio doença; TB na comunidade; vínculos sociais e transmissão da TB; TB na família).

(CO) Concepções do senso comum (TB relacionada à vida desregrada e comer mal; vida desregrada acarreta abandono do tratamento e morte; meda da doença; risco de abandono, associada à experiência de intercalar banho frio e morno; a expressão como “quem procura acha” - na interpretação do exame de imagem; traz à pauta a questão do HIV, falas com conotação moral; referencia a leite de peito melhorar a TB- “uma colher”; que remédio faz mal; também que tratamento é igual a remédio; crenças interferindo na saúde e doença; remédio faz mal; escarrar sangue está relacionado à TB; febre como sinal de infecção; necessidade de repouso; a relação da alimentação com a TB; ausência de sintomas confunde-se com cura; relação do preconceito ao uso de máscara; doença grave (em alguns casos); doença pulmonar/extrapulmonar; relação TB/pneumonia/gripe; relação TB/Câncer - pela presença do nódulo do pulmão; transmissível (pelo vento e por objeto; representação da doença TB – contaminação – coisa maligna; risco; transmissão aérea (pelo vento); transmissão por objeto; risco de morte por ter uma doença grave).

(CO) Conhecimento/Desconhecimento (vivência de adoecimento, comprometimento da consciência de morbidade; com relação aos sintomas; associam a doença ao sintoma; dificuldade de controle de transmissão – negligência em função da noção de cura; pode gerar abandono; paciente pensou que estava com dengue; dos efeitos adversos causando angustia; associam a doença ao sintoma; sobre a doença e o tratamento).

(CO) Preconceito (de forma geral).

(CO) Religiosidade (apoio para enfrentar a doença e a morte).

(CO) Profissional de saúde/risco TB (risco de adoecer para o profissional de saúde que convive no dia-a-dia é aumentado quando possui uma doença de base; risco de transmissão pelo trabalho; transmissão pela atividade do trabalho).

Ações/Interações

(A/I) Autossegregação

(A/I) Grupo/interação/ adesão (identidades na vivência de adoecimento partilhadas em grupo – repercussões emocionais e físicas; interferência nos esquemas cognitivos; interferência do grupo; grupo favorecendo a adesão; troca de informação; interações que funcionam como espelho para os participantes promovendo conscientização de vivências e dos aspectos em discussão).

(A/I) Estratégias de adesão (lembretes no celular, mudanças de padrões de comportamento e de esquemas cognitivos; lembretes na folhinha; controle pela cartela de medicamentos).

(A/I) “Percepção” / “Consciência”.

(A/I) Desqualificação do autoconhecimento (pela hierarquia do conhecimento médico).

(AI)/(CI) Dificuldades assistenciais: (de comunicação com a equipe gerada pelo medo do diagnóstico; dificuldade do tratamento; referência ao tempo prolongado – de diagnóstico e de tratamento, com repercussões no auxílio doença; confusão diagnóstica com pneumonia, piorando o estado emocional do paciente; interferência do discurso médico – ausência de orientação; dificuldades no vínculo de respeito no cuidado; dificuldades como o não incentivo ao estabelecimento de uma rede social de apoio; que ocasionam repercussões físicas, como alteração nas taxas bioquímicas; dificuldades financeiras; desemprego; direito do usuário não contemplado; não acesso às informações sobre os medicamentos – disponibilizados sem a bula; iatrogenia (do discurso e atitude médica – como exemplo, o grito de uma médica com um paciente); duplicidade na solicitação de exames por diferentes profissionais e comportamento de subordinação do paciente; desqualificação do autoconhecimento do paciente pela hierarquia do conhecimento médico – cultura biomédica influenciando a assistência).

(A/I) Estigma (encobrimento, auto estigmatização).

(A/I) Repercussão na identidade (autopercepção - percepção corporal alterada).

(A/I) Mecanismos de defesa:

- Negação/evitação (da consulta, do diagnóstico e do tratamento; acentuada no gênero masculino; pelo medo do diagnóstico de câncer).
- Racionalização (pelo medo da morte; concepção positiva da doença para não ficar triste, para evitar o sentimento de rejeição).
- Sublimação (mecanismo de defesa – por meio do trabalho).
- Responsabilização (mecanismo mental que eticamente se responsabiliza pela doença, por sua transmissão e tratamento; gerando também culpabilização).

(A/I) Estratégias de adesão (mecanismos de adaptação ao tratamento; outros recursos de tratamento - meditação para aliviar a dor).

(A/I) Rede social de apoio (pelos vínculos ligados à religiosidade; familiares; demais pacientes da sala de espera).

(A/I) Vínculo (Relação de confiança comprometida; no vínculo com a equipe de saúde –ora confia e ora não confia).

(A/I) Vínculo com equipe de saúde/adesão (discurso médico favorecendo).

Condições intervenientes

(CI) Repercussão na identidade.

(CI) Comorbidade (osteoporose; glaucoma; problema cardíaco; inchaço – hanseníase referida na história de doença do paciente; derrame pleural; Doença de Chron; alcoolismo e tabagismo podem influenciar no abandono e gerar ansiedade; ter tuberculose já tendo outra doença, pode acarretar abandono; aumento da taxa de glicemia no diabetes e colesterol na dislipidemia; TB ativada devido ao tratamento de outra doença; favorece as concepções do senso comum, medo; HIV/TB tem maior risco de morte).

(CI) Efeitos adversos (queimação na garganta; enjôo; coceira; dor provocada pelo medicamento; a mudança da medicação propicia novos efeitos; vômito, fastio, dor na perna; dor na coluna; relativos ao exame de broncoscopia).

(CI)/(CS) Interferência na vida pessoal: (no trabalho; na vida social; receia a forma como será tratado pelas pessoas ao retornar do tratamento e por isso apresenta um comportamento diferente; excluído dos antigos grupos de convívio devido às mudanças de hábito; valorização da mudança de atitude, da força do testemunho para ajudar outras pessoas; relação atividade/TB).

Consequências

(CS) Perda de autonomia.

(CS) Rejeição social.

(CS) Adesão ao tratamento (relação pessoal com os medicamentos; sinaliza a eficácia do tratamento para o alívio dos sintomas).

(CS) Cura (eficácia do tratamento).

III - ENTREVISTA INDIVIDUAL DE ALTA DOS PACIENTES:

“Como foi vivenciar a TB e o seu tratamento”?

Condições causais

(CA) Critério de cura (curável – comparam com o HIV, justificando a vantagem da TB que, mesmo ficando uma cicatriz no pulmão, consideram melhor do que ter o HIV que não tem cura).

(CA) Medos associados à doença:

- Medo da doença – estratégia contra a transmissão.
- Medo de morrer.
- Medo da rejeição.
- Medo de reincidir (o medo é focado em ter de repetir a medicação).
- Medo de transmitir (isolamento - afastamento de familiares, particularmente dos filhos).

(CA) Repercussão física (inapetência, enjôo; tosse; fraqueza, hemoptise; recuperação física do aumento de peso; catarro; tosse seca; febre; emagrecimento).

(CA)/(CI) Efeitos adversos (enjôo; dor; dor nas articulações; “espinha” – acne; dor nas pernas e nas mãos; inapetência; “pressão arterial baixa”, taquicardia, inchaço).

(CA)/(CS) Repercussão emocional (ansiedade em ter alta; impacto do diagnóstico; alta é igual a parar de tomar os remédios; concepção de recuperação; livrar-se dos efeitos adversos da medicação; concepção de saúde prejudicada com o tratamento; conforto por livrar-se do remédio e desconforto em saber da “seqüela” que fica no pulmão; pelo desconhecimento prévio; racionalização - conhecimento interfere na prevenção; vínculo com equipe de saúde

favorecedor da adesão; vínculo com o médico gera confiança; pelas dúvidas quanto ao diagnóstico; medo de morrer de TB; repercussão emocional gera dificuldade de escutar o que o médico fala; a certeza da cura gera sentimento de liberdade, mas também desassossego; alívio por estar curada; saber que tem uma doença contagiosa gera preocupação e impede de ter uma vida normal; alívio por não mais transmitir TB; ironia, agressividade; expressam ser uma doença muito ruim; não se sente de alta quando há comorbidade, a exemplo de ter de fazer exame para HIV; retornar ao hospital para levar resultado de exame, por exemplo, sinaliza doença e o sentimento de ainda estar no lugar de paciente; do diagnóstico; amenizada por ver que ter tuberculose não era tão ruim quanto imaginava; o medo do isolamento ultrapassa o medo da morte, mas ambos os medos são referidos; referência a trauma por essa vivência; alívio em diagnosticar TB; desespero, apreensão; a vivência de adoecimento do profissional de saúde é diferenciada, interfere no seu raciocínio; cansaço da medicação; referência a enjôo ao olhar para o remédio; pela vivência de adoecimento; a cura recuperou o ânimo; felicidade expressa por poder trabalhar; nervosismo relacionado à paternidade e estar “encostado” pelo INSS pelo risco de ter dificuldades financeiras para cuidar do filho e da família).

Condições intervenientes

(CI) Comorbidade (hanseníase; bronquiectasia; ter de continuar a tratar outra doença diagnosticada durante o tratamento da TB gera repercussão emocional – chateação; doença ocupacional associada; enfisema pulmonar; lúpus - mesmo tendo alta da TB, devido à medicação que ativa a sua doença de base, continua a fazer controle por meio de exames; “consequências da TB”; hipertensão, deficiência na válvula mitral, bronquite).

(CI)/(CO) Concepção do senso comum (remédio faz mal – intoxica; fumante tem maior probabilidade de ter TB; tomar remédio em jejum ou com leite faz mal; momento difícil; doença como castigo; remédios bons para tuberculose; idade compromete o tratamento; referência a estar “limpo” associa-se a cura; cura é igual a cessarem os sintomas; vida desregrada; remédio faz mal para o estômago; medo do contágio, provoca limitações; atitudes interferem no tratamento; sintomas representativos da TB – tosse, catarro e desânimo; medo de reinfeção (sintomas semelhantes ao da TB, assustam); carne de porco faz mal; referência a reações terríveis da medicação, vômito, inapetência; os efeitos adversos são propiciadores do abandono para muitas pessoas; a aparência muito magra gera a suspeita de uso de droga; friagem piora; doença grave; risco de morte; associação entre TB, pneumonia e dor muscular; noção de transmissão por objeto (uma paciente separou os objetos que usava durante o tratamento – pensou até em jogar fora; mesmo sendo profissional de saúde, no momento em que se instala a doença e passa a ser paciente, emergem as “concepções do senso comum”, ou seja, as crenças coletivas e o saber se “recolhe”; transmissível; a expressão de que a grande quantidade de pessoas com TB, aumenta a vulnerabilidade para a doença ser adquirida).

(CI) Interferência na vida pessoal:

- Dificuldade financeira; direito do usuário não contemplado (não acesso às informações sobre os medicamentos – bula não disponibilizada).
- Interferência na vida familiar (mudança de atitudes das demais pessoas).
- Interferência na vida sexual.
- Interferência na vida social (familiar; referência do paciente de que sua futura esposa grávida não investigou a possibilidade de estar com TB, tendo que iniciar os exames tardiamente).
- Interferência nas relações sociais.
- Interferência no trabalho (medo de trabalhar; sublimação por meio do trabalho;

absenteísmo; mudou de função no trabalho devido a tuberculose readaptação; desemprego; encostado pelo INSS; mudou de setor ao retornar do tratamento – readaptação; acredita que o estresse do trabalho propiciou a doença; impedimento de trabalhar devido a duas doenças contagiosas; desemprego).

(CI)/(A/I) Dificuldades assistenciais (o fato do médico não informar ao paciente que ao final do tratamento o pulmão fica com uma cicatriz, que isso ocorre com todos, causa angústia, frustração, medo de possuir aquela marca da doença para sempre; não ter pedido exame no início do tratamento, pedindo no dia da alta; dificuldade diagnóstica (assistenciais); há alívio quando o diagnóstico de TB é definido, porque oferece esperança de haver tratamento; medo de rejeição; iatrogenia; mal trato do profissional médico; interferência da equipe de saúde (na pesquisa) - concepção de que o atendimento médico é hegemônico – discrepâncias de poder entre os profissionais da equipe de saúde; interferência da informação na adesão).

(CI)/(CS) Repercussão na identidade: percepção corporal alterada (“problema de nervo” como representação de sofrimento psíquico).

Contexto

(CO) Conhecimento/Desconhecimento (em relação à cura; sobre a cicatriz ao final do tratamento; concepção da possibilidade da pessoa ter TB desde a infância).

(CO)/(A/I) Estigma (devido a seqüela pulmonar - interfere na vida causando medo de adoecer novamente devido a cicatriz quanto ao desconhecimento desta marca da doença; consciência de morbidade que persiste mesmo após a alta; encobrimento; tabu em nomear TB).

(CO) Preconceito (de forma geral).

(CO) Profissional de saúde/risco TB (o profissional passa a ser paciente, aumentando a sua compreensão sobre a vivência do doente).

(CO) Religiosidade.

(CO) TB e sociedade: (TB na comunidade - traz o perigo de reinfecção devido ao convívio; no local de trabalho; TB na família).

Ações/Interações

(A/I)/(CS) Readaptação - Recuperando a rotina / Ressocialização (após saber que não transmite mais); vulnerável.

(A/I) Mecanismos de defesa mentais e da interação social (ambigüidade na sua relação com a cura; isolamento/autossegregação -requer laudo comprovando alta; negação - diz que ainda não recebeu um diagnóstico, mesmo vindo para consulta de alta; racionalização (ignora a doença para levar a rotina diária – estratégia); paciente necessita falar para si mesma “doença não dá no poste, dá na gente”; para suportar o tratamento; responsabilização/culpabilização (doença/transmissão – “foi falar besteira, adoeceu”).

(A/I) Desqualificação do autoconhecimento (pela hierarquia do conhecimento médico).

(A/I) Estratégia de adesão (paciente utilizava filme de comédia para não pensar na doença e ficar bem; dificuldades financeiras e o trabalho como motivações para reagir; mudança de

hábito - parar de beber; se manter em casa para não pegar friagem; manter-se agasalhado e depois dessas adaptações, paciente acrescenta: “consegui conviver normal”; após a doença faz programas diferentes, que sejam prazerosos; se alimenta melhor).

(A/I) Rede social de apoio (vínculo familiar favorece a adesão; relatos de pacientes que se apoiavam na esposa).

(A/I) Vínculo com equipe de saúde/adesão (acolhimento; hegemonia do discurso e do atendimento médico; agradecimento; profissional de saúde como porta-voz para os demais pacientes).

(A/I) Vínculo (com a equipe de saúde comprometido; vínculo de confiança prejudicado; desconfiança quanto à cura; desconfiança da equipe de saúde; o paciente comenta sobre o perigo da iatrogenia).

Consequências

(CS) Adesão (ao tratamento; cura; experimenta diferentes horários para a medicação como forma de adaptação para amenizar os efeitos adversos).

(CS) Rejeição social (rótulo de contagioso, também do outro que está doente).

(CS) Rejeição social (do outro que também está doente).

(CS) Repercussões emocionais da alta (sentimento de liberdade; felicidade; alta é igual a alívio por não ter mais a doença).

IV - ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS MÉDICOS PRECEPTORES:

“ENTENDENDO AS CONCEPÇÕES DO MÉDICO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E O SIGNIFICADO DE ADESÃO NA TB PARA O PACIENTE”

1. O que você pensa sobre o que o paciente entende por tuberculose?

Condições causais

(CA) Doença ameaçadora (restritiva).

(CA)/(CS) Repercussão emocional ao diagnóstico (Diferença de gênero - mulheres choram, homens ficam sérios, mostram preocupação; impactante devido ao preconceito).

(CA) Critério de cura (curável).

Condições intervenientes

(CI)/(CO) Interferência na adesão (importância da informação em saúde; questões históricas, culturais e principalmente midiáticas que favorecem um conceito negativo da TB).

(CI)/(CO) Concepções do senso comum (relação TB/câncer - no âmbito do paciente; grave; tosse; hemoptise; doença que mata; assustadora, estigma de doença grave – essas concepções propiciam a repercussão emocional do diagnóstico, além do seu fator histórico; morte, dor, sofrimento; doença ruim e feia, morte).

Contexto

(CO)/(CS) TB e sociedade (restrições impostas pela doença e longo tempo de tratamento).

(CO) Conhecimento/Desconhecimento (variam de acordo com o grau de escolaridade; consideram que os pacientes desconhecem os sinais e sintomas, não têm informação sobre a doença e cura).

(CO) Preconceito.

Ações/Interações

(A/I) Relação médico-paciente (pontuam a importância de informar sobre a doença evitando o estigma de doença que mata; e desmistificar os preconceitos que podem interferir na adesão).

(A/I) Autossegragação (relacionada ao medo de transmitir).

(A/I) Estigma (devido à contaminação; doença contagiosa).

Consequências (expostos nas condições CA e CO).

“ENTENDENDO O SIGNIFICADO DO DIAGNÓSTICO PARA O PACIENTE”

2. Como você percebe o significado do diagnóstico para o paciente?

Condições causais

(CA)/(CO) Repercussão emocional ao diagnóstico (um choque; dificuldades quanto ao tempo de tratamento; alívio por não ser coisa pior; assustadora devido ao desconhecimento da doença e por acreditar que mata; pacientes mostram-se tristes; pelo desconhecimento e defendem-se lidando com aspectos culturais e históricos relacionados à sua dor, sofrimento e medo da morte; geram sentimentos de susto, preocupação e por vezes favoráveis, pela noção de que tem cura).

Condições intervenientes

(CI)/(CS) Interferência na vida pessoal (interferência no trabalho).

(CI)/(CS) Rejeição social.

Contexto

(CO) Conhecimento/Desconhecimento.

(CO) TB e relações sociais (apoio Estatal – remédio gratuito ou dispensado gratuitamente).

(CO) Preconceito (medo do preconceito – o primeiro referencial advindo da doença – repercussão emocional ao diagnóstico).

(CO) Concepções do senso comum (o diagnóstico de TB é muitas vezes confundido com câncer).

(CO) Concepção do médico (quanto à característica do paciente com TB – são considerados indisciplinados, o que propicia o abandono, não tem o hábito de prevenção, paciente complicado; pessoas com HIV, drogas e/ou bebidas têm dificuldade de aderir).

Ações/Interações

(A/I) Estigma (encobrimento; tosse é igual a TB).

(A/I) Estratégias assistenciais (o cuidado deve orientar para amenizar o impacto que o paciente sente ao ser rejeitado pelas pessoas; por temerem a contaminação; por isso é recomendado, por exemplo, o uso da máscara em seu domicílio).

(A/I) Rede social de apoio (trazer a família para o atendimento para ajudar na adesão).

(A/I) Relação médico-paciente (informação - contribui para melhorar as repercussões emocionais e para aderir).

Consequências (expostos nas condições CI e CO).

“COMUNICANDO O DIAGNÓSTICO”

3. O que significa dar o diagnóstico de TB?

Condições causais

(CI)/(CA) Efeitos adversos.

Condições intervenientes

(CI)/(CS) Interferência na vida pessoal (familiar - medo de contaminação, separação dos membros da família).

(CI)/(CO) Interferências na adesão (classe econômica, comorbidade, bebida alcoólica e substâncias psicoativas ilícitas).

Contexto

(CO) Concepção do médico (quanto à doença - doença grave).

(CO) Concepções do senso comum (transmissão da TB por compartilhar o mesmo objeto).

(CO) TB e relações sociais (medicamento gratuito favorece o tratamento; doença corriqueira com relação a alta frequência na sociedade; relação entre TB, câncer e enfisema).

Ações/Interações

(A/I) Repercussão emocional (significado para o médico: desagradável dar o diagnóstico; considerado um desafio; outros referem: “é fácil de dar o diagnóstico, é simples”; bom por ser uma doença curável; o que significa dar esperança; outros usando de racionalização, afirmam “nada, natural”; “é um diagnóstico impactante”; considerando a possibilidade de cura, é um momento positivo).

(A/I) Estratégias assistenciais (cuidado do médico no ato de falar o diagnóstico de forma que não assuste tanto o paciente e enfatize a cura).

(A/I) Relação médico-paciente (encobrimento por parte do médico sobre a doença do paciente para o seu familiar para manter a confiança estabelecida com o paciente; entende a angústia que o paciente sente ao ver a separação dos objetos e pessoas da família devido a sua doença; pontua a importância de preservar a confiança; é desafiadora a manutenção dessa relação, como afirma um médico: “Se não houver confiança, o paciente vai abandonar, principalmente devido aos efeitos adversos, período longo de tratamento, muitos comprimidos”; outro desafio: fazer com que o paciente entenda o que está sendo dito sobre a doença e o tratamento).

(A/I) Mecanismo de defesa (responsabilização – pela relação entre a doença e sua transmissão).

(A/I) Vínculo com a equipe de saúde.

Consequências

(CS) Adesão (tratar direito, assumir o autocuidado, tomar remédio).

“COMPREENDENDO A ADESÃO NA TB”

4. O que você entende por adesão ao tratamento de TB?

Condições causais

(CA) Receios que acompanham o médico (que o paciente faça um tratamento irregular; medo da TB tornar-se resistente ao tratamento).

(CA)/(CI) Efeitos adversos (interfere na adesão).

Condições intervenientes

(CI)/(A/I) Dificuldades assistenciais (o resultado de exames como cultura, teste de sensibilidade é muito demorado, podendo o paciente piorar e contaminar outras pessoas nesse período).

(CI)/(CO) Interferência na adesão (dificuldades financeiras; informar sobre a doença e tratamento favorece a adesão; alcoolismo, negação).

Contexto

(CO) Concepção do médico (melhora dos sintomas gera abandono).

Ações/Interações

(A/I) Mecanismos mentais (responsabilização: relação entre a doença, sua transmissão e o desenvolvimento de bacilo resistente; mesmo sendo desagradável falar sobre possibilidade de morte caso não trate direito, o médico sente a obrigação de fazê-lo).

(A/I) Relação médico-paciente (confiança não apenas do paciente no médico, mas do médico no paciente, também, de que ele está sendo sincero quanto a fazer uso do remédio regularmente).

(A/I) Vínculo com equipe de saúde.

Consequências

(CS) Adesão (concepções relacionadas: tomar o remédio regularmente; é entender a doença - responsabilizar-se por tomar a medicação prevenindo a transmissão para outra pessoa; tornar-se corresponsável pelo tratamento; tratar, acompanhar e realizar os exames; cumprir os seis meses de tratamento; alguns afirmam: “o paciente é responsável pelo tratamento, tomar os medicamentos, alimentar-se bem”; cumprir os parâmetros do tratamento; evitar drogas; a sua participação é fundamental; entendimento e crença na cura; acreditar no diagnóstico, não negar; confiar no médico; condições financeiras para se deslocar; relação médico-paciente; tomar o remédio corretamente; ir às consultas; fazer exames).

“INTERFERINDO NA ADESÃO”

5. O que você considera que pode interferir na adesão do paciente ao tratamento da TB pulmonar?

Condições causais

(CA) Repercussão emocional (é fator determinante para se ter adesão).

(CA)/(CI) Efeitos adversos (psíquicos – depressão e ansiedade).

Condições intervenientes

(CI)/(CO) Interferências na adesão (tratamento prolongado; o uso continuado do medicamento; dificuldade financeira, depressão; usuário de droga, relação médico-paciente, classe social; informação sobre os efeitos adversos antes de iniciarem favorece a adesão; entendimento de que a doença é tratável e curável; problemas sociais – bebida alcoólica, alimentação, efeitos adversos (físicos e psíquicos); não acolhimento; rede social de apoio, alcoolismo, drogas ilícitas, bom vínculo com o profissional de saúde, sua importância não é só individual, é social também).

Contexto

(CO) Conhecimento/Desconhecimento (a maioria desconhece o problema da transmissão).

Ações/Interações

(A/I) Dificuldades do médico (cuidar de paciente alcoólatra; usuário de drogas ilícitas – saber lidar com isso para não perder o paciente por ter maus hábitos associados).

(A/I) Relação médico-paciente (informação para contribuir com a adesão e com a relação médico-paciente; informação sobre os efeitos adversos possíveis para evitar o abandono).

(A/I) Vínculo com a equipe de saúde.

Consequências (sem registro)

“ATRIBUINDO SIGNIFICADO À TB”

6. O que significa a tuberculose para você?

Condições causais

(CA) Repercussão emocional (angústia por medo de errar o diagnóstico).

(CA)/(CO) Conhecimento pelo atendimento (a TB deixou de ser assustadora por saber lidar com ela).

Condições intervenientes

(CI)/(CO) Critério de tratamento (a melhora dos sintomas confirma o diagnóstico de TB; diagnóstico presuntivo - melhor diagnóstico; sintomas típicos levam a certeza de TB; relação TB/câncer - caso não haja melhora, pensa-se em câncer).

(CI)/(CO) Interferência na adesão (quantidade de remédio; tempo longo de tratamento; disponibilidade de vir às consultas mensalmente; efeitos adversos; com relação a isso afirmam: “na prática estamos percebendo que o novo esquema piorou os efeitos adversos”).

Contexto

(CO) Concepções do médico (Significado da doença para o médico – desafio; relacionada à vivência afetiva; doença complicada de ser tratada; curável; paciente é corresponsável; positiva; doença infecto-contagiosa que pode matar; doença prevalente e de risco; retrato de uma sociedade desigual; referem: “o médico tem de ser altruísta, se sente bem trabalhando com TB”).

(CO) TB e relações sociais (tratar TB torna-se uma referência profissional; classe social interferindo na adesão; quando o paciente não é pobre ele tem mais preconceito; quanto maior instrução, maior é o entendimento, mais fácil de aderir).

(CO) Estigma (também entre os profissionais de saúde).

Ações/Interações

(A/I) Dificuldades assistenciais (o perfil da(o) tuberculose(o) mudou e as técnicas diagnósticas avançaram, mas não a ponto de atender às necessidades para um diagnóstico rápido e preciso).

(A/I) Relação médico-paciente (favorece a adesão; pela relação de confiança; de pessoa-pessoa).

(A/I)/(CS) Educação médica (a possibilidade de cultivar no aluno que objetiva ganhar dinheiro apenas, uma sementinha sobre a TB e seu tratamento é algo considerado gratificante pelos preceptores; possibilidade de mostrar como se trata o povo, sem priorizar apenas o dinheiro; formar o aluno como divulgador para tratamentos futuros da TB; informar que a TB pode dar em todo o corpo; priorizar como uma das primeiras possibilidades de doença ao investigar um paciente, por ser bastante prevalente em nosso meio. A abordagem desses aspectos poderiam contribuir com a diminuição da incidência de TB).

(A/I) Estratégias assistenciais (prevenção – investimento no ambulatório de TB latente).

(A/I) Vínculo com equipe de saúde.

Consequências

(CS) Adesão (vínculo com a equipe de saúde).

V - ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS ALUNOS DO QUARTO ANO DE MEDICINA:

“PERCEPÇÃO/ SIGNIFICADO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO E INTERFERÊNCIAS SOBRE A ADESÃO”

“ENTENDENDO AS CONCEPÇÕES DO ALUNO SOBRE TB”

1. O que você entende por tuberculose?

Condições causais (sem registro)

Condições intervenientes

(CI)/(CO) Concepções do aluno (doença infecciosa; transmissível; acometimento principalmente no pulmão; doença grave; cura com medicação; doença infecto-contagiosa; prevalente no Rio de Janeiro; tratamento longo; prevalente em população pobre; causada pelo bacilo de Koch; doença crônica; febril; relacionada a preconceitos; defendem priorizar o que consideram “doenças mais graves como a hipertensão arterial e o diabetes”; doença pulmonar; transmissível pelo ar; doença social, negligenciada pelo Estado que a considera doença de pobre; afirmam que qualquer pessoa é suscetível independente do fator econômico; outros reforçam que acomete pessoas pobres; doença pulmonar e extrapulmonar; doença prevalente no Brasil, principalmente no RJ - a sua opinião é expressa pelo que aprendeu no livro e nas aulas; risco de morte; o abandono do tratamento ocasiona morte; doença antiga – percurso histórico; repercussão social semelhante à AIDS; tratável; doença de tratamento difícil; com o advento da AIDS os casos de TB aumentaram; as condições socioeconômicas favorecem o aumento da TB; complicada; pode afetar qualquer parte do corpo; respiratória; é endêmica; comparando a gravidade com hipertensão arterial e diabetes considera TB menos grave; focam a questão epidemiológica).

(CI)/(CO) Interferência na adesão (tratamento longo).

(CI)/(CO) Concepções do senso comum (doença que mata).

Contexto

(CO) Desconhecimento (um aluno confunde TB com doença viral).

(CO) Preconceito.

Ações/Interações

(A/I) Estigma.

(A/I) Mecanismo de defesa (na interação social - encobrimento).

(A/I) TB e sociedade (negligência das políticas de saúde – “doença de pobre”).

(A/I) Responsabilização do paciente.

(A/I)/CS) Autossegregação.

Consequências

(CS) Rejeição social.

(CS) Repercussões físicas (emagrecimento, dispnéia, febre, tosse; mal estar, caquexia; tosse com sangue).

“ENTENDENDO AS CONCEPÇÕES DO ALUNO SOBRE O ENTENDIMENTO DA TB PELO PACIENTE”

2. O que você pensa sobre o que o paciente entende por TB?

Condições causais

(CA)/(CS) Medos associados à doença (de transmissão; repercussões sociais e emocionais).

(CA)/(CS) Repercussão emocional do diagnóstico (surpresa).

(CA)/(CI) Efeitos adversos.

(CA)/(CS) Repercussão emocional do aluno (capacidade reflexiva ampliada pela identificação com o paciente).

Condições intervenientes

(CI)/(CO) Concepção do aluno (sobre a percepção do paciente - pior doença que o paciente pode ter; doença muito ruim; contagiosa; o paciente fica privado de compartilhar objetos; consumptiva, limitante, doença ruim; o paciente tem dificuldade com o tratamento; o paciente está sendo mais esclarecido sobre a sua doença; sintomas igual a gravidade; doença grave; o paciente entende que ele tem uma bactéria que ataca o seu pulmão; seu entendimento influenciado pela explicação do médico; o paciente não sabe o que seja TB; tratando fica bem; o paciente não valoriza o fato da TB ser transmissível; com estigma; relacionada a preconceitos; sente-se responsável pelo contágio e se autossegrega. Na percepção do aluno: a vivência da doença supera o conhecimento técnico sobre ela; desqualifica o conhecimento do paciente sobre sua doença; critica as campanhas de prevenção e esclarecimento sobre a doença; doença transmissível, demonstra uma concepção do paciente como negligente e irresponsável quanto à transmissão e afirma: “o paciente tem de ter o cuidado em não transmitir).

Contexto

(CO)/(CI) Desconhecimento (na vivência da doença não importa o conhecimento técnico; é uma avaliação individualizada, depende da cultura do paciente, depende do grau de instrução; falta de informação prejudica o paciente a procurar ajuda; não sabe o que o paciente entende por TB e pontua que o paciente não costuma associar seus sintomas à TB antes do diagnóstico

médico; as pessoas não sabem que a TB pode afetar outros órgãos; doença que mata; falta de sintomas é considerada igual à cura; desconhecimento do paciente quanto à necessidade do tratamento completo; relacionado à escolaridade; quanto à vivência de adoecimento, enfatiza que gera medo e angústia).

(CO)/(CI) Concepções do senso comum (contagiosa, sintoma = doença; doença séria, tratamento longo; transmissível, cuidado em não transmitir; doença pulmonar, tosse; transmissível por objeto; TB=pneumonia; vida desregrada; pulmonar por ter escarro com sangue e por ser a única forma de transmissão; doença horrível; falta de sintomas = cura gerando abandono; hemoptise, perda de peso, tratável, tem dúvida quanto ao fato do paciente saber se a TB é uma doença infecciosa e transmissível).

(CO)/(A/I) Consciência de morbidade parcial (função psíquica do paciente – relação consigo na vivência de adoecimento muitas vezes provocada por negação).

Ações/Interações

(A/I) Estigma.

(A/I) Autossegregação (gera sofrimento).

(A/I) Dificuldades assistenciais (a informação sobre a importância do tratamento até seu término, muitas vezes, não é realizada ou consolidada para o paciente).

(A/I) Mecanismo de defesa (onipotência do paciente – entende, mas não leva a sério).

(A/I) Responsabilização do médico nos esclarecimentos sobre adesão (o aluno já se colocando no papel de médico).

Consequências

(CS) Interferência na vida pessoal (mudança de hábito).

(CS) Rejeição social.

“ENTENDENDO O SIGNIFICADO DO DIAGNÓSTICO PARA O PACIENTE”

3. Como você percebe o significado do diagnóstico para o paciente?

Condições causais

(CA)/(CO)/(CI) Conhecimento por aula teórica (informações que obteve em aulas; conteúdo teórico prevalece sobre a experiência).

(CA)/(CS) Repercussão emocional do diagnóstico (choque; preocupação; surpresa; saber que tem cura alivia; é o mesmo que dizer que está com câncer; impacto bem forte; complicada; pode ser consequência da comorbidade pelo HIV; mudança de hábito; tratamento longo; muitos remédios diários; precaução de contato).

Significados para o paciente apreendido pelo aluno: conhecimento da doença, personalidade do paciente.

(CA)/(A/I) Medos associados à doença (transmitir).

(CA)/(CO) Estigma (a história da TB influencia).

(CA)/(CO)/(CI) Conhecimento pelo atendimento (desmistificou a idéia de doença do passado; TB associada ao HIV).

Condições intervenientes

(CI)/(CO) Concepção do aluno:

Quanto ao significado da TB para o paciente: é considerado um problema; desconhece o significado do diagnóstico para o paciente; afirma depender da sua cultura; do fator socioeconômico; considera doença de pobre; TB na comunidade ameniza o impacto do diagnóstico; afirma depender do contexto em que o paciente está inserido e explica: “..., ou seja, se ele convive com pessoas que possuem doença crônica, a TB se torna mais fácil de levar; depende da rede social, estilo de vida e fatores socioeconômicos”; expressam preocupação devido ao mito em torno da TB.

Quanto ao significado do diagnóstico para o paciente: repercussão emocional, o paciente precisa de mais cuidado ao receber o diagnóstico devido o papel social da TB; atualmente prognóstico é considerado bom; o paciente valoriza a TB quando ocorre a hemoptise; muito caso de TB, as pessoas desconhecem a existência de TB na sociedade; há surpresa por não esperar ter essa doença; tratamento longo e ser transmissível são problemas apontados; pessoas de melhor nível socioeconômico apresentam maior resistência a se inserirem no tratamento; a problemática da TB é amenizada em relação a outras doenças crônicas; preocupação devido ao mito em torno da TB; o diagnóstico gera repercussão emocional; a consciência de morbidade está associada a sintomas mais proeminentes e característicos da TB – sangue – sinal que assusta; o aluno critica a baixa divulgação da TB nas campanhas de saúde).

(CI)/(CO) Concepção do senso comum (doença que mata; relacionada a vida desregrada).

(CI)/(CS) Interferência na vida pessoal (a família tem de investigar).

(CI)/(CO) Dificuldades do aluno (de perceber o significado do diagnóstico de TB para o paciente; de uma maior capacidade reflexiva para se colocar no lugar do outro).

Contexto

(CO)/(CA) Conhecimento/desconhecimento (desconhece o significado do diagnóstico para o paciente, o conhecimento do paciente interfere no significado atribuído a TB; importância em esclarecer a doença para favorecer a adesão; não sabe sobre o significado do diagnóstico para o paciente; o paciente desconhece a doença).

(CO)/(CI) Interferência na adesão (informação; falta de sintomas, desconhecimento sobre a gravidade da doença, tosse suportável).

(CO)/(CI) Preconceito (interfere na repercussão emocional do diagnóstico).

Ações/Interações

(A/I) Mecanismo de defesa (negação, aceitação).

(A/I) Relação médico-paciente (importância do discurso médico esclarecedor; esclarecer a doença para favorecer a adesão).

Consequências**(CS)** Rejeição social**“COMPREENDENDO A ADESÃO NA TB”****4. O que o você entende por adesão ao tratamento de TB?****Condições causais****(CA)/(CI)** Conhecimento pelo atendimento (por meio da prática o aluno percebe que a melhora dos sintomas favorece o abandono; o contato prévio com o ambulatório, ou seja, anterior ao quarto ano favorece o entendimento do aluno).**Condições intervenientes****(CI)/(CO)** Concepção de adesão/aluno (entendimento da doença e tratamento; consciência de morbidade; consequências do tratamento; ser corresponsável pelo tratamento; comparecer às consultas; está relacionada à personalidade do paciente; tomar os remédios regularmente ter entendimento sobre o tratamento; desejo de ficar curado; atender as prescrições; responsabilização do médico em informar o paciente para que a adesão ocorra e torne o paciente corresponsável pelo tratamento, que tem como principais dificuldades: um tratamento longo, com efeitos adversos e a possibilidade do abandono pela melhora dos sintomas, levando à resistência da doença ao tratamento; paciente corresponsável pelo tratamento e pelas pessoas de seu convívio; seguir à risca as orientações do médico; ir às consultas, tomar precauções para não transmitir; adesão é querer ficar melhor; conhecer a doença; compreensão da importância do tratamento; investigar os familiares, tratar não só o paciente como as pessoas ao seu redor; saber tudo sobre a doença e tratamento; prevenir a transmissão; obediência ao médico, tomar os medicamentos regularmente e no tempo certo; ênfase no “valor do discurso médico”).**(CI)/(CO)** Concepção de adesão do aluno (relacionada à obediência médica).**(CI)/(CO)** Interferência na adesão:

- Positiva – Políticas de Saúde – DOTS;
- Negativa - Dificuldades do tratamento: efeitos adversos; falta de recursos financeiros; negligência; falta de sintomas; tratamento longo; falta de conhecimento das consequências do abandono; fatores socioeconômicos; escolaridade facilitando a realização do tratamento completo; conhecimento sobre a doença.

(CI)/(CO) Dificuldade do aluno: baixa capacidade reflexiva.**Contexto** (expresso na **CI**).**Ações/Interações****(A/I)** Relação médico-paciente (auxilia na adesão quando há informação sobre o tratamento; orientação quanto a sua importância e à realização do tratamento completo).**(A/I)** Política de saúde (disponibilidade gratuita do medicamento).

(A/I) Responsabilização do paciente (projeta no paciente a responsabilidade do tratamento e a relaciona a uma questão moral da vontade: “vontade fraca x vontade forte”).

(A/I) Responsabilidade médica (responsabilização do médico quanto à compreensão do paciente, considerando as diferenças de seus contextos sócio culturais).

(A/I) Estratégias assistenciais de prevenção.

Consequências

(CS) Repercussão emocional (impacto positivo da gravidade da doença para a adesão).

“INTERFERINDO NA ADESÃO”

5. O que você considera que pode interferir na adesão do paciente ao tratamento da TB pulmonar?

Condições causais

(CA)/(CI) Conhecimento pelo atendimento (amplia a experiência com uma educação médica – teórico/prática mais aprofundada).

(CA)/(A/I) Medos associados à doença (de reinfecção).

(CA) Repercussões físicas (sintomas decorrentes da TB geram preocupação).

(CA)/(CS) Repercussão emocional ao diagnóstico (doença considerada muito grave).

Repercussão emocional com o comportamento de não adesão dos pacientes: vivência contra-transferencial que gera nos alunos sentimentos de angústia e impotência, as mais diversas ações para lidarem com isso; capacidade reflexiva apoiada na identificação com o paciente; comparação com outras doenças incapacitantes para amenizar o peso da TB na vida do paciente.

Condições intervenientes

(CI)/(CO) Interferência na adesão (falta de conhecimento, dificuldades financeiras; melhora dos sintomas, efeitos adversos, rede social de apoio, informação; comorbidade, relação médico-paciente, dificuldades assistenciais, dificuldades no mercado de trabalho; longo tempo de tratamento, quantidade de remédio; mudança de hábito; a forma como o médico passa a informação sobre a doença e tratamento pode contribuir ou prejudicar a adesão; informar sobre riscos e benefícios da medicação; melhora dos sintomas; fatores socioeconômicos; medo do desemprego, distância do local de tratamento; ter de ir até o local de tratamento para adquirir a medicação; falta de acesso ao medicamento em farmácias; desconhecimento; a principal interferência apontada é a relação médico-paciente; local de atendimento de difícil acesso; transmissão da doença; falta de informação; falta de vínculo com o médico; importância do profissional de saúde dedicar-se ao cuidado do paciente).

(CI)/(A/I) Relação médico-paciente (relação de compromisso; direitos e deveres; dificuldades assistenciais; dificuldades no mercado de trabalho interferindo na relação).

(CI)/(CO)/(A/I) Concepção de adesão (comprometimento com a saúde, corresponsabilidade; o paciente é corresponsável pelo tratamento; cuidado em não transmitir; cuidar-se e cuidar da família e de outras pessoas de seu convívio).

(CI)/(CO) Concepção do aluno (doença grave; o abandono remete à resistência da medicação; desconhece que não tem como o paciente comprar a medicação; melhora da imunidade com os vínculos afetivos; tipo de tratamento que afeta a autonomia do paciente porque o medicamento não está disponível nas farmácias; “tratamento quase como um maltrato inevitável”).

(CI)/(CS) Efeitos adversos

(CI)/(CO) Dificuldade de compreender a diferença entre o entendimento do paciente e os seus fatores intervenientes.

Contexto

(CO) Concepções do senso comum (transmissível)

(CO) Desconhecimento (o aluno desconhece a rotina do tratamento, ou seja, não sabe que o paciente não leva todo o medicamento de uma vez para tratar-se por seis meses; que ele tem de vir às consultas regularmente; desconhecimento sobre se a medicação e o tempo de tratamento interferem na adesão; desconhecimento do aluno sobre a disponibilização gratuita do medicamento; desconhecimento quanto à cura – descrença na cura).

(CO)/(CI) Preconceito (interfere na adesão; ter de levar o remédio para a casa de um parente ou amigo, por exemplo, pode impedir o paciente de tomar a medicação ao tentar escondê-la).

Ações/Interações

(A/I) Vínculo com equipe de saúde.

(A/I)/(CI) Educação médica (a passagem pela pneumologia é muito curta prejudicando o aprendizado; o curso de medicina é ministrado de forma concentrada, de modo que os alunos passam pelos setores; por pouco tempo; formulam queixa de irem apenas uma vez ao ambulatório de pneumologia, concluindo que a teoria e a prática são bem diferentes. Neste aspecto expressam: “O paciente não é um livro, daí a importância de frequentar mais vezes o ambulatório”; este é um tema de interesse da aluna que convive com TB na comunidade, já tendo vivenciado esse problema na família; dúvidas quanto à transmissão de outros tipos de TB; urgência das tarefas dos alunos interfere na relação clínica; aspectos emocionais e racionais são considerados importantes na educação médica).

(A/I)/(CI) TB e sociedade (a relação TB/pneumonia; distribuição de remédio contribui para adesão; aluna com TB na família; TB na comunidade coloca crianças em risco e também a equipe de saúde, no hospital; quando há desconhecimento de informações relevantes devido a negação e encobrimentos por parte do paciente, provocando medo dos encaminhamentos hospitalares).

(A/I) Estratégia assistencial (trazer a família para a consulta; informar sempre sobre o tratamento nas consultas).

(A/I) Relação médico-paciente (interfere na adesão; tentar se colocar no lugar do doente; relação de confiança ajuda na adesão; respeito à autonomia do paciente; a importância da conduta ética no atendimento; corresponsabilização).

(A/I) Mecanismo de defesa (da interação social - encobrimento, atitude já esperada pelas pessoas; atitude defensiva; fuga em relação ao incômodo; encobrimento temendo a exposição da doença e dificuldades com a prevenção).

(A/I) Estratégias assistenciais (tocar um sino no momento da alta no ambulatório – favorece a adesão; estimula o paciente a aderir).

(A/I) Interferências nas relações (o regime de trabalho médico e os problemas sociais do paciente).

(A/I) Responsabilização do paciente.

(A/I) Política de saúde (disponibilizar a medicação).

Consequências

(CS) Rejeição social.

VI - GRUPO FOCAL COM OS ALUNOS DO QUARTO ANO DE MEDICINA

“Quais os fatores envolvidos na adesão ao tratamento da tuberculose”?

Condições Causais

(CA)/(CO) Histórico da TB (Concepção do senso comum; exclusão social).

(CA)/(CO) Concepção do senso comum (falta de sintomas igual a estar curado).

Condições Intervenientes

(CI) Interferência negativa sobre a adesão: melhora dos sintomas; baixa escolaridade; desconhecimento do paciente sobre a doença e tratamento; pontuam diferenças de gênero – masculino; idade – pessoas mais velhas. OBS: o aluno relaciona adesão não apenas a medicação. Esses fatores têm um peso forte apesar da gratuidade dos remédios.

(CI)/(CO) Conhecimento por aula teórica (discurso do aluno reproduz o conteúdo teórico).

(CI)/(A/I) Estratégias assistenciais (informação; responsabilização/culpabilização como motivação/reforço; surpresa dos alunos pelos comportamentos favoráveis dos familiares estimulados pela equipe; importância dos esclarecimentos).

(CI) Interferência na vida pessoal (fatores socioeconômicos, interferência no trabalho; escolaridade; transporte).

(CI)/(CO) TB e sociedade (apoio Estatal – fornecimento de medicação).

(CI)/(CS) Efeitos adversos (geram abandono).

Contexto

(CO) Desconhecimento (da política de saúde: alguns alunos acreditam que o paciente compra o remédio; escolaridade, também não sabe se o remédio é fornecido todo de uma vez e também não tem certeza se pode ser comprado na farmácia).

(CO) Preconceito (interferência negativa: preconceito em relação à imagem; influência da idade – os mais velhos).

(CO)/(A/I) Autonomia do paciente (o paciente defende a sua autonomia filtrando e encobrindo informações; o aluno traz a sua experiência de adoecimento familiar; cultura familiar; a história pessoal do aluno influenciando no seu julgamento).

Ações/Interações

(A/I) Grupo/Interação/Significado (o grupo trocando informações sobre o tratamento e adesão).

(A/I) Relação médico-paciente (interfere na adesão; relação direta com adesão; limites da recomendação médica são ressaltados).

(A/I) Desobediência ao médico (prevalente no homem).

(A/I) Dificuldades assistenciais (mostram que o paciente ou o familiar que reclamam os seus direitos são desqualificados por isso – a exemplo de uma mãe denominada “histórica” por assumir esse comportamento).

(A/I)/(CS) Educação Médica (pouco tempo no ambulatório – onde o problema é apenas apresentado; conteúdos teóricos ministrados rapidamente).

(A/I) Rede social de apoio (consideram importante).

(A/I) Mecanismo de defesa (da interação social - encobrimento).

(A/I) Vínculo com equipe de saúde (relaciona vínculo à relação de confiança).

(A/I) Responsabilização do paciente (coparticipação e responsabilização na prevenção; cuidado às relações pessoais).

Consequências

(CS)/(CI) Efeitos adversos (gerando abandono).

Tabela 1 – Compreendendo a TB (Saturação de Pacientes)

Item	Subcategorias	Entrevistas																							Total de recorrências
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	Concepções do senso comum	X ¹	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	22
2	Mecanismo de defesa do Ego	X ¹					x									x									3
3	TB e relações sociais		X ¹	x			x			x												x			5
4	Repercussões físicas da TB		X ¹													x	x					x			4
5	Critério de cura			X ¹				x			x			x	x			x			x	x		x	9
6	Estigma				X ¹		x	x		x	x					x						x			8
7	Rede social de apoio				X ¹		x																		2
8	Autossegregação					X ¹						x				x									3
9	Medos associados à doença					X ¹						x				x									3
10	Preconceito						X ¹	x					x			x					x	x			6
11	Reperc emocional ao diagnóstico						X ¹	x	x							x				x		x			6
12	Religiosidade/não adesão						X ¹																		1
13	Conhecimento/Desconhecimento							X ¹		x	x	x					x		x			x	x	x	9
14	Vínculo com a equipe de saúde										X ¹														1
15	Comorbidade														X ¹				x	x					3
16	Profissional de saúde/TB															X ¹									1
17	Dificuldade assistencial																X ¹		x						2
18	Adesão																X ¹								1
19	Interferências na vida social																	X ¹				x			2
Total de novos enunciados		2	2	1	2	2	3	1	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	

x: recorrências

X¹: novo tipo de enunciado.

Tabela 2 - Compreendendo a vivência de adoecimento da TB (Saturação de Pacientes)

Item	Subcategorias	Entrevistas																							Total de recorrência
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	Rede social de apoio	X ¹	x	x	x		x	x						x	x			x	x		x	x	x		13
2	Medos associados à doença	X ¹	x	x		x	x	x					x	x	x				x					x	11
3	Mecanismo de defesa do Ego	X ¹	x			x			x	x	x		x	x	x	x						x	x	x	13
4	Concepção do senso comum	X ¹				x	x	x			x		x		x		x		x		x	x	x	x	13
5	Interferências na vida pessoal	X ¹				x						x		x					x				x	x	7
6	Autossegregação	X ¹				x	x																	x	4
7	Preconceito/Rejeição social	X ¹																					x	x	3
8	Estigma	X ¹				x		x	x	x			x												6
9	Reperc emocional ao diagnóstico				X ¹		x	x	x	x			x	x	x		x	x		x	x	x	x	x	15
10	Estratégias de adesão					X ¹	x							x								x	x		5
11	Vínculo c/equipe de saúde/adesão					X ¹		x	x	x			x	x			x								7
12	Critério de cura					X ¹			x					x							x				4
13	Consciência de morbidade ausente							X ¹															x		2
14	Dificuldades assistenciais							X ¹	x	x	x	x		x		x	x				x		x	x	11
15	Adesão							X ¹	x	x	x					x	x								6
16	Medos associados à doença							X ¹						x											2
17	Reperc físicas da TB							X ¹	x		x	x	x		x	x				x	x	x	x	x	12
18	Efeitos adversos								X ¹														x		2
19	Comorbidade												X ¹		x	x	x				x	x			6
20	Repercussão emocional ao tto													X ¹								x			2
21	Comportamento autodestrutivo														X ¹										1
22	Profissional de saúde/risco TB															X ¹									1
23	TB e relações sociais															X ¹									1
24	Alteração na identidade																			X ¹					1
Total de novos enunciados		3	5	0	1	1	2	4	1	1	0	0	1	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	

x: recorrências

X¹: novo tipo de enunciado.

Tabela 3 - Compreendendo a adesão na TB (Saturação de Pacientes)

Item	Subcategorias	Entrevistas																							Total de recorrências
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	Vínculo com equipe de saúde/adesão	X ¹	x	x		x		x	x	x		x	x			x	x	x							12
2	Mecanismo de defesa do Ego	X ¹				x				x	x					x						x	x		7
3	Efeitos adversos		X ¹			x	x		x	x		x		x		x						x	x		10
4	Medos associados à TB		X ¹			x	x			x		x	x			x						x	x	x	10
5	Repercussões físicas		X ¹				x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	x		x	x		15
6	Adesão		X ¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	20
7	Rede social de apoio			X ¹	x	x					x							x	x			x	x	x	9
8	Estratégias de adesão			X ¹		x	x		x	x	x			x	x	x				x	x				11
9	TB e sociedade			X ¹			x		x		x	x													5
10	Preconceito/Rejeição Social				X ¹	x													x				x	x	5
11	Concepção do senso comum				X ¹	x			x	x		x	x												6
12	Dificuldade assistencial					X ¹	x		x	x	x	x	x									x		x	9
13	Interferência na vida pessoal					X ¹				x	x		x	x	x	x	x				x	x	x	x	12
14	Repercussão emocional ao tratamento					X ¹	x	x		x	x	x			x							x	x		9
15	Doença ameaçadora						X ¹																x		2
16	Autos segregação						X ¹	x														x	x		4
17	Religiosidade/adesão/não adesão						X ¹						x												2
18	Vínculos						X ¹																		1
19	Consciência de morbidade ausente							X ¹																	1
20	Interação medicamentosa							X ¹					x		x						x	x			5
21	Estigma								X ¹								x	x							3
22	Alteração na identidade									X ¹												x			2
23	Conhecimento/Desconhecimento										X ¹														1
24	Comorbidade															X ¹	x			x		x			4
Total de novos enunciados		2	3	1	3	2	7	0	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	

x: recorrências

X¹: novo tipo de enunciado.

Quadro 1. Características Socioculturais dos pacientes com TB												
Item	Nome	Idade	Escolari//	Estado Civil	Sexo	Raça	Natural	Profissão / Situação atual	Religião	Fé cura s/rem.	Droga	Nº de filhos
1	Lia	42	ESC	Solteira	F	Negra	MA	Fisioterapeuta autônoma	Messêânica	Sim	Álcool social/	1
2	Ruy	23	EFI	Solteiro	M	Branco	RJ	Apontador de almoarifado / desempregado	Nenhuma	Sim	Álcool social/	0
3	Juan	43	EFI	Co-habitado	F	Negra	RJ	Doméstica	Católica	Sim	Cigarro	2
4	Ivan	36	EFI	Co-habitado	M	Negro	RJ	Lavador de carro / biscateiro	Nenhuma	Sim	Ex-fumante	1
5	Ana	73	EFC	Solteira	F	Branca	RN	Secretária / aposentada	Católica	Sim	Nenhuma	0
6	Cléo	24	EFI	Solteira	F	Negra	RJ	Manicure / desempregada	Nenhuma	Não	Álcool	1
7	Lucca	34	EFI	Co-habitado	M	Branco	RJ	Pedreiro autônomo	Adventista	Não	Cigarro	2
8	José	63	EFI	Solteiro	M	Branco	MG	Marteleiteiro construção civil / aposentado	Católica	Sim	Ex-cigarro e álcool	0
9	Mario	70	EFI	Casado	M	Branco	Natal	Construtor (mestre de obras) autônomo	Católica	Sim	Nenhuma	2
10	Leo	42	EFI	Separado	M	Branco	RJ	Pedreiro autônomo	Protestante	Sim	Ex-fumante	4
11	Pedro	53	EFI	Solteiro	M	Branco	PE	Ajudante de obra / desempregado	Protestante	Sim	Ex-cocaína e álcool	4
12	Bela	74	EFI	Casado	F	Branca	MG	Do Lar	Católica	Não	Ex-fumante	3
13	Bia	45	EFC	Separada	F	Negra	RJ	Téc. Enfermagem	Protestante	Não	Nenhuma	1
14	Luan	32	EFI	Separado	M	Negra	RJ	Pedreiro autônomo	Protestante	Sim	Cocaína e álcool	1
15	Miguel	41	ESC	Casado	M	Branco	RJ	Fisioterapeuta	Espírita	Sim	Nenhuma	1
16	Luna	54	EFC	Casado	M	Branco	GO	Motorista de caminhão / desempregado	Protestante	Sim	Ex-cigarro e álcool	2
17	Dante	20	EMI	Casado	M	Branco	RJ	Carregador de gelados/licenciado pela TB	Pentecostal	Sim	Nenhuma	1
18	Luiz	69	S/Escol	Casado	M	Negro	Int. RJ	Motorista de ônibus / aposentado	Nenhuma	Sim	Cigarro	3
19	João	55	EFC	Separado	M	Branco	RJ	Motorista de táxi autônomo	Protestante	Sim	Nenhuma	2
20	Caio	56	EFI	Co-habitado	M	Negro	Int. RJ	Bombeiro Hidraulico / desempregado	Católica	Sim	Cigarro e alcool	2
21	Joana	39	EFI	Solteira	F	Negra	RJ	Guardete / doméstica	Candomblé	Não	Cigarro e alcool	0
22	Jonas	55	EFC	Viúvo	M	Branco	RJ	Assistente Contábil	Nenhuma	Sim	Cigarro e alcool	4
23	Vera	61	EFC	Casada	F	Branca	RJ	Aposentado	Protestante	Não	Nenhuma	1

Dados comuns a todos os pacientes: - Nacionalidade Brasileira

S/Escol: Sem escolaridade
EFI: Ensino fundamental incompleto
EFC: Ensino fundamental completo
EMI: Ensino médio incompleto
ESC: Ensino superior completo

Quadro 2. Características Socioculturais dos alunos do 4º de Medicina										
Nome	Idade	Sexo	Raça	Natural.	Curso Anterior	Religião	Fé cura s/rem.	Droga	Lazer	Esp. pretendida
Clara	22	F	Branca	ES		Católica	Não	Alcool	Sair com os amigos F/S	Não sabe
Alice	29	F	Branca	RJ	Quím Industrial	Católica	Sim	Nenhuma	Ler, praia	Cardiologia
Taina	25	F	Branca	RJ		Católica	Sim	Nenhuma	Shopping (raramente)	Pediatria
Igor	21	M	Branco	RJ	Téc Quím	Nenhuma	Não	Nenhuma	Musculação	Não sabe
Maria	22	F	Branca	RJ	Eng Elet	Católica	Sim	Alcool	Violão, cantar	Não sabe
Neusa	22	M	Branco	RJ	Física incomp.	Nenhuma	Sim	Nenhuma	Encontrar o irmão F/S	Cirurgia
Ruth	21	F	Negra	RJ		Nenhuma	Não	Álcool F/S	Praia, cinema (de vez qdo)	Cardiologia
Cesar	23	M	Branco	RJ		Nenhuma	Sim	Álcool social/	Handbol na faculdade	Cardiologia
Davi	27	M	Branco	RJ		Católica	Não	Nenhuma	Viajar - raramente	Cirurgia Geral
Diego	24	M	Branco	RJ		Judaísmo	Sim	Álcool	Ler	Não sabe
Mara	24	F	Branca	SP	Design Gráfico	Espírita	Não	Álcool	Finais de semana	Neurologia
Julia	21	F	Branco	MG		Católica	Não	Alcool	Yoga, natação, volei F/S	Não sabe
Bianca	23	F	Parda	RJ		Protestante	Não	Nenhuma	Musculação e dança F/S	Não sabe
Rita	20	F	Branco	RJ		Católica	Não	Nenhuma	Sair com os amigos F/S	Não sabe
Jorge	22	M	Branco	RJ	Nenhuma	Nenhuma	Sim	Nenhuma	Frequentemente	Clínica Médica
Dados comuns a todos os alunos:					- Estado Civil solteiro(a) - Nacionalidade Brasileira - Profissão Estudante					
F/S Finais de semana										

Quadro 3. Características Socioculturais dos Médicos											
Nome	Idade	Escolari//	Estado Civil	Sexo	Raça	Profissão	Curso Anterior	Religião	Fé cura s/rem.	Droga	Lazer
Dr.Eloi	74	Doutorado	Casado	M	Branca	Médico		Católica	Não	Alcool soc/	Velejar
Dr.Edgar	26	Residência	Solteiro	M	Branca	Médico		Católica	Sim	Álcool soc/	Cinema, TV
Dra.Mila	36	Mestrado	Solteira	F	Negra	Médica		Evangélica	Sim	Álcool soc/	Grupo de estudo
Dr.Vitor	53	Especialização	Casado	M	Branco	Médico		Nenhuma	Não	Álcool soc/	Futebol
Dra.Eva	48	Especialização	Solteira	F	Branca	Médica	Filosofia	Kardecista	Sim	Álcool soc/	Dormir, filmes e livros
Dr.Ivo	62	Doutorado	Casado	M	Branco	Médico	Química/Sociologia	Católico	Depende da doença	Álcool soc/	Caminhar, escalar
Dr.Marceu	32	Mestrado	Casado	M	Branco	Médico		Católico	Sim	Álcool soc/	Jogar tênis
<p>Dados comuns a todos os médicos: - Nacionalidade Brasileira</p> <p>- Naturalidade RJ</p>											

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Paciente

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC/FIOCRUZ
Hospital Universitário Pedro Ernesto HUPE/UERJ

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa:

Título: “Aspectos subjetivos do paciente ao diagnóstico de tuberculose e adesão terapêutica: contribuição à educação médica”.

Pesquisadora: Elizabeth da Trindade de Andrade

Orientadores: Celina Mannarino

Valeria Cavalcanti Rolla

Objetivos: analisar o impacto psicológico que o diagnóstico de tuberculose (TB) ocasiona no paciente, ou seja, o que o doente sente quando é dito para ele que está com tuberculose e as alterações psíquicas e sociais devido à doença, relacionadas à sua adesão (seguimento) ao tratamento.

Justificativa e Resultados esperados: consideramos importante realizar este estudo, porque a tuberculose é uma doença que afeta o pulmão e é contagiosa, com vários fatores sociais e emocionais envolvidos que apresenta um crescente número de pessoas contraindo-a na cidade do Rio de Janeiro. Almejamos com este trabalho contribuir com o aumento da adesão ao tratamento e diminuir o índice de casos de TB.

Metodologia (como vai ser feito o trabalho):

Este trabalho vai ser feito em etapas, com entrevistas:

- 1º. Encontro: É feito o convite para participar deste trabalho àqueles pacientes que receberam o diagnóstico de tuberculose. Se você aceitar, realizaremos uma entrevista individual para conhecermos seus dados principais (dados socio-econômicos) e discutiremos com você este Termo de Consentimento.
- 2º. Encontro: entrevista individual será realizada um mês após a consulta de primeira vez, objetivando avaliar o impacto psicológico que você possa ter vivido neste primeiro momento e a representação de doença que você possui. Esta entrevista será marcada no mesmo dia da marcação da consulta pelo médico.
- 3º. Encontro: entrevista em grupo focal (um grupo onde se discute o assunto em estudo) após dois meses de iniciado o tratamento, objetivando verificar a interação dos participantes, as trocas mútuas de suas experiências e compreender as iniciativas realizadas para enfrentar o impacto vivido pelo conhecimento do diagnóstico e sua influência na vontade de continuar o seguimento do tratamento (adesão).
- 4º. Encontro: entrevista individual (após seis meses de iniciado a medicação) para entendermos todo o processo de adoecimento vivido pelo paciente durante este período e obter esclarecimentos sobre a vivência relacionada à adesão ao

tratamento e ao impacto psicológico na tuberculose, contribuindo, assim, com o fechamento do nosso estudo em campo. Todas as entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente, para analisarmos os conteúdos obtidos, ficando estes apenas em posse dos pesquisadores, respeitando a sua privacidade e garantindo que o material não circule pela instituição. A sua participação nesta pesquisa terá a duração do tratamento: aproximadamente seis meses.

- **Confidencialidade:** suas respostas serão tratadas de forma anônima, sigilosa e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome, ou qualquer dado que o identifique em qualquer fase do estudo, conforme estabelecido na Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS.
- **Divulgação:** a sua participação é voluntária, ou seja, você poderá recusar-se a participar dessa pesquisa a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores nem para o seu tratamento e em seu acompanhamento nesta instituição. Os dados obtidos serão apenas para esta pesquisa e serão divulgados em eventos e revistas científicas, garantindo o seu anonimato.
- **Riscos e Benefícios:** a princípio, por se tratar de pesquisa qualitativa, com entrevistas, sem experimentos invasivos, providenciaremos que os riscos pessoais ou constrangimentos em participar deste estudo sejam reduzidos ao mínimo. Os benefícios pretendidos são: no nível individual; que você adquira conhecimento sobre a sua doença, que encontre meios de adaptar-se às novas condições impostas pelas repercussões psicossociais que a TB pode ocasionar, esclarecê-lo sobre a sua doença, e favorecer a sua adesão. No nível da população geral: diminuir o índice de casos de TB, por meio de um maior esclarecimento sobre o problema em questão.
- Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do(a) pesquisador(a) principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Elizabeth da Trindade de Andrade

Ambulatório sala 11 HUPE, terças e quintas-feiras de 8:00 às 11:30 h.
Av. 28 de Setembro 77 – Vila Isabel – Rio de Janeiro / RJ
Tel: (21) 2868-8647 Pneumologia / bethtrind@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento.

Assinatura do paciente

Psicóloga Elizabeth da Trindade de Andrade

Data, ____ de _____ de _____

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Médicos preceptores do Curso de Medicina

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC/FIOCRUZ
Hospital Universitário Pedro Ernesto HUPE/UERJ

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa:

Título: “Aspectos subjetivos do paciente ao diagnóstico de tuberculose e adesão terapêutica: contribuição à educação médica”.

Pesquisadora: Elizabeth da Trindade de Andrade

Orientadores: Celina Mannarino
Valeria Cavalcanti Rolla

Objetivos: Conhecer as concepções dos graduandos e preceptores de medicina acerca da adesão terapêutica à tuberculose e relacionar com os aspectos subjetivos envolvidos do paciente ao diagnóstico e tratamento, considerando as alterações psicossociais advindas da doença.

Justificativa e Resultados esperados: consideramos importante realizar este estudo, porque a tuberculose é uma doença que afeta o pulmão e é contagiosa, com vários fatores sociais e emocionais envolvidos e que apresenta um crescente número de pessoas contraindo-a na cidade do Rio de Janeiro. Almejamos com este trabalho contribuir com o aumento da adesão ao tratamento, diminuir o índice de casos de TB e oferecer subsídios à educação médica com a produção de conhecimento teórico/prático.

Metodologia (como vai ser feito o trabalho):

Este trabalho vai ser feito em etapas, com entrevistas aos pacientes:

- 1º. Encontro: É feito o convite para participar deste trabalho àqueles pacientes que receberam o diagnóstico de tuberculose. Realizaremos uma entrevista individual para conhecermos seus dados principais (dados socioculturais) e entregaremos um Termo de Consentimento.
- 2º. Encontro: entrevista individual será realizada um mês após a consulta de primeira vez, objetivando avaliar os aspectos subjetivos vivenciados pelo paciente neste primeiro momento e a representação de doença que ele possui. Esta entrevista será marcada no mesmo dia da marcação da consulta pelo médico.
- 3º. Encontro: entrevista em grupo focal (um grupo onde se discute o assunto em estudo) após dois meses de iniciado o tratamento, objetivando: interação dos participantes, troca mútua de suas experiências e compreender as iniciativas realizadas para enfrentar as alterações psicossociais advindas da doença e sua influência na vontade de continuar o seguimento do tratamento (adesão).
- 4º. Encontro: entrevista individual (após seis meses de iniciado a medicação) para entendermos todo o processo de adoecimento vivido pelos pacientes durante este período e obter esclarecimentos sobre a vivência relacionada à adesão ao tratamento e aos aspectos subjetivos relacionado ao diagnóstico da tuberculose, contribuindo, assim, com o fechamento do nosso estudo em campo. Todas as

entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente, para analisarmos os conteúdos obtidos, ficando estes apenas em posse dos pesquisadores, respeitando a sua privacidade e garantindo que o material não circule pela instituição. A participação do paciente nesta pesquisa terá a duração do tratamento: aproximadamente seis meses.

Com entrevistas aos graduandos do quarto ano de medicina:

Entrevista individual objetivando compreender como o aluno aprende a lidar com o adoecimento do paciente com TB, os aspectos subjetivos relacionados ao atendimento e como ele percebe os aspectos implicados na adesão terapêutica na TB. Serão colhidos seus dados socioculturais e entrevista em grupo focal.

Entrevistas com os preceptores do ambulatório de TB:

Entrevista individual gravada, considerando suas experiências no cuidado aos pacientes, visando descrever suas concepções relativas ao tratamento da TB e à prática docente no ambulatório.

- **Confidencialidade:** suas respostas serão tratadas de forma anônima, sigilosa e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome, ou qualquer dado que o identifique em qualquer fase do estudo, conforme estabelecido na Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS.
- **Divulgação:** a sua participação é voluntária, ou seja, você poderá recusar-se a participar dessa pesquisa a qualquer momento. Os dados obtidos serão apenas para esta pesquisa e serão divulgados em eventos e revistas científicas, garantindo o seu anonimato.
- **Riscos e Benefícios:** A princípio, por se tratar de pesquisa qualitativa, sem experimentos invasivos, providenciaremos que os riscos pessoais ou constrangimentos em participar deste estudo sejam reduzidos ao mínimo. Os benefícios pretendidos são: oferecer subsídios à educação médica e contribuir com a adesão ao tratamento da TB, por meio de um maior esclarecimento sobre o problema em questão.
- Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do(a) pesquisador(a) principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Elizabeth da Trindade de Andrade

Ambulatório sala 11 HUPE, terças e quintas-feiras de 8:00 às 11:30 h.

Av. 28 de Setembro 77 – Vila Isabel – Rio de Janeiro / RJ

Tel: (21) 2868-8647 Pneumologia / bethtrind@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento.

Assinatura do médico preceptor

Psicóloga Elizabeth da Trindade de Andrade

Data, ___ de _____ de _____

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – graduandos do quarto ano de Medicina

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC/FIOCRUZ
Hospital Universitário Pedro Ernesto HUPE/UERJ

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa:

Título: “Aspectos subjetivos do paciente ao diagnóstico de tuberculose e adesão terapêutica: contribuição à educação médica”.

Pesquisadora: Elizabeth da Trindade de Andrade

Orientadores: Celina Mannarino
Valeria Cavalcanti Rolla

Objetivos: Contribuir com a formação do profissional médico que lida com pacientes acometidos por TB e compreender os processos subjetivos do paciente relacionados à adesão terapêutica e ao impacto psicológico na tuberculose.

Justificativa e Resultados esperados: consideramos importante realizar este estudo, porque a tuberculose é uma doença que afeta o pulmão e é contagiosa, com vários fatores sociais e emocionais envolvidos que apresenta um crescente número de pessoas contraindo-a na cidade do Rio de Janeiro. Almejamos com este trabalho contribuir com o aumento da adesão ao tratamento, diminuir o índice de casos de TB e oferecer subsídios à formação do profissional médico com a produção de conhecimento teórico/prático.

Metodologia (como vai ser feito o trabalho):

Este trabalho vai ser feito em etapas, com entrevistas aos pacientes:

- 1º. Encontro: É feito o convite para participar deste trabalho àqueles pacientes que receberam o diagnóstico de tuberculose. Realizaremos uma entrevista individual para conhecermos seus dados principais (dados socioeconômicos); entregaremos um Termo de Consentimento.
- 2º. Encontro: entrevista individual será realizada um mês após a consulta de primeira vez, objetivando avaliar o impacto psicológico que o paciente possa ter vivido neste primeiro momento e a representação de doença que ele possui. Esta entrevista será marcada no mesmo dia da marcação da consulta pelo médico.
- 3º. Encontro: entrevista em grupo focal (um grupo onde se discute o assunto em estudo) após dois meses de iniciado o tratamento, objetivando: interação dos participantes, troca mútua de suas experiências e compreender as iniciativas realizadas para enfrentar o impacto vivido pelo conhecimento do diagnóstico e sua influência na vontade de continuar o seguimento do tratamento (adesão).
- 4º. Encontro: entrevista individual (após seis meses de iniciado a medicação) para entendermos todo o processo de adoecimento vivido pelos pacientes durante este período e obter esclarecimentos sobre a vivência relacionada à adesão ao tratamento e ao impacto psicológico na tuberculose, contribuindo, assim, com o fechamento do nosso estudo em campo. Todas as entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente, para analisarmos os conteúdos obtidos, ficando estes

apenas em posse dos pesquisadores, respeitando a sua privacidade e garantindo que o material não circule pela instituição. A sua participação nesta pesquisa terá a duração do tratamento: aproximadamente seis meses.

Com entrevistas aos graduandos do quarto ano de medicina:

Entrevista individual objetivando compreender como você aprende a lidar com o adoecimento do paciente com TB, os aspectos subjetivos relacionados ao atendimento e como você percebe os aspectos implicados na adesão terapêutica na TB. Faremos algumas perguntas sobre os seus dados sócio-econômicos.

- Entrevista em grupo focal, em torno de um a dois meses, após o fechamento das entrevistas individuais, visando enriquecer o estudo.
- **Confidencialidade:** suas respostas serão tratadas de forma anônima, sigilosa e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome, ou qualquer dado que o identifique em qualquer fase do estudo, conforme estabelecido na Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS.
- **Divulgação:** a sua participação é voluntária, ou seja, você poderá recusar-se a participar dessa pesquisa a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores nem para o seu ensino nesta instituição. Os dados obtidos serão apenas para esta pesquisa e serão divulgados em eventos e revistas científicas, garantindo o seu anonimato.
- **Riscos e Benefícios:** a princípio, por se tratar de pesquisa qualitativa, com entrevistas, sem experimentos invasivos, providenciaremos que os riscos pessoais e ou constrangimentos em participar deste estudo sejam reduzidos ao mínimo. Os benefícios pretendidos são: no nível individual: contribuir com a sua formação profissional ao lidar com pacientes acometidos por TB, nos processos de diagnóstico e tratamento, que também incluem os aspectos subjetivos do paciente relacionados à adesão terapêutica. No nível da população geral: diminuir o índice de casos de TB, por meio de um maior esclarecimento sobre o problema em questão.
- Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do(a) pesquisador(a) principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Elizabeth da Trindade de Andrade

Ambulatório sala 11 HUPE, terças e quintas-feiras de 8:00 às 11:30 h.

Av. 28 de Setembro 77 – Vila Isabel – Rio de Janeiro / RJ

Tel: (21) 2868-8647 Pneumologia / bethtrind@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento.

Assinatura do graduando

Psicóloga Elizabeth da Trindade de Andrade

Data, ___ de _____ de _____