

Queiroz, Raquel; Alves Nogueira, Péricles  
Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de  
Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo  
Saúde e Sociedade, vol. 19, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 627-637  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263683017>

# Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo<sup>1</sup>

## Differences in the Adherence to Tuberculosis Treatment in Relation to Sex in the Health District of Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo

Raquel Queiroz

Pedagoga. Mestra em Saúde Pública. Professora na Prefeitura Municipal de São Paulo.

Endereço: R. Prof. Mário D'Ápico, 374, Jardim Cachoeira, CEP 02763-050, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: quelqueiroz@usp.br

Péricles Alves Nogueira

Médico; Professor Associado do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: pericles@usp.br

<sup>1</sup> Este artigo é parte da dissertação de mestrado em saúde pública intitulada "Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo", de Raquel Queiroz, sob orientação do Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

## Resumo

Os motivos para as diferenças epidemiológicas e para a adesão ao tratamento da tuberculose em relação a homens e mulheres são desconhecidos. Este trabalho tem como objetivo verificar diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo; identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo; analisar as crenças consideradas importantes para a adesão ao tratamento da tuberculose. Foi utilizado o referencial teórico do Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock e a técnica da Análise de Conteúdos de Bardin. Foram realizadas 28 entrevistas semiestruturadas com homens e mulheres em tratamento supervisionado de tuberculose do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia. Os resultados mostraram que o perfil daqueles que falharam na terapêutica da tuberculose em relação ao sexo foi: mulher - solteira e separada, com atividade remunerada não comprovada, nível de escolaridade entre fundamental I completo e ensino médio completo; homem - casado, com atividade remunerada comprovada, nível de escolaridade entre ensino fundamental II completo e ensino médio completo. Os aspectos facilitadores encontrados para a boa adesão residem no bom atendimento dos profissionais de saúde e na percepção, por parte do paciente, da sua melhora de saúde. As crenças para a boa adesão ao tratamento no sexo masculino e feminino foram: bom atendimento do serviço de saúde e bom tratamento (em relação aos medicamentos).

**Palavras-chave:** Tuberculose; Sexo; Adesão.

## Abstract

The reasons for epidemiological differences and for adherence to tuberculosis treatment in men and women are unknown. This study aims to determine differences in adherence to tuberculosis treatment in relation to sex; to identify facilitating and hindering aspects for adherence to tuberculosis treatment in relation to sex; to analyze the beliefs that are considered important for adherence to tuberculosis treatment. We used the theoretical framework of Rosenstock's Health Belief Model and Bardin's Content Analysis technique. Semi-structured interviews were conducted with 28 men and women undergoing supervised tuberculosis treatment in the Health District of Freguesia do Ó / Brasilândia, in the city of São Paulo. The results showed that the profile of those who failed to adhere to tuberculosis treatment in relation to sex was: woman - single and divorced, with non-proved paid activity, and level of schooling ranging between the first years of elementary school and high school; man - married, with proved paid activity, and level of schooling ranging between the last years of elementary school and high school. The facilitating aspects found for adherence are the good service provided by health professionals and the patient's perception of his/her health improvement. The beliefs for treatment adherence both in the male and female sex were: high quality of the health service and good treatment (in relation to medicines).

**Keywords:** Tuberculosis; Sex; Adherence.

## Introdução

A tuberculose é um dos grandes problemas de saúde pública, pois está entre as dez maiores causas de morte no mundo (Bleed e col., 2000). O Brasil encontra-se entre os países com maiores taxas de morbi-mortalidade por tuberculose (Dye e col., 1999). Ainda que seja uma doença grave, é curável em praticamente 100% dos casos novos desde que seguido corretamente o tratamento quimioterápico (Brasil, 2002).

De acordo com estimativas realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e a prevalência da infecção é maior entre homens (WHO, 1999, 2004). Já entre as mulheres, é a principal causa de morte dentre as doenças infecciosas (Dolin, 1998; Caracta, 2003).

Os motivos para as diferenças na epidemiologia da tuberculose e na adesão ao tratamento em relação ao sexo são, até o momento, desconhecidos (Martinez e col., 2000). De acordo com Diwan e Thorson (1999), estas diferenças têm sido negligenciadas e é necessário conhecê-las, pois 70% das pessoas pobres no mundo são mulheres. Ao compreender essas disparidades, o controle da tuberculose poderá ser ainda mais eficaz.

Um dos maiores problemas no controle da tuberculose é a não adesão ao tratamento pelos pacientes, o que traz implicações negativas para a saúde pública e para a saúde do próprio indivíduo.

Os termos frequentemente utilizados para definir a adesão ao tratamento farmacológico são *compliance* ou *adherence* e apresentam diferenças conceituais. O termo *compliance* (obediência) de acordo com Conrad (1985) está centrado na ideologia biomédica e ocorre quando o paciente cumpre com as recomendações médicas. O termo *adherence* (adesão) está voltado à perspectiva do paciente, pois o considera autônomo para a tomada de decisões conscientes e responsáveis para o seguimento de seu tratamento (WHO, 2003). A adesão é um termo mais amplo e implica responsabilidade compartilhada do paciente e da equipe de saúde.

O tratamento incompleto ou irregular afeta a cura e compromete o controle da tuberculose, portanto, a adesão é uma meta a ser alcançada do início ao término do tratamento.

A relevância deste estudo para a saúde pública está na comparação do discurso referente à adesão ao tratamento da tuberculose entre homens e mulheres.

Este artigo tem como objetivo verificar a existência de diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo; identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a adesão ao tratamento em relação ao sexo e analisar as crenças consideradas importantes para a adesão ao tratamento da tuberculose..

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com base no Modelo de Crenças em Saúde (MSC) (Rosenstock, 1974), com abordagem na análise de conteúdos (Bardin, 1988).

O MCS busca explicar o comportamento do homem no processo saúde-doença, partindo do pressuposto de que para haver uma tomada de decisão em busca de uma ação preventiva, a pessoa deverá ter

consciência de sua suscetibilidade a determinada doença. Assim, as crenças do indivíduo em relação ao comportamento preventivo são analisadas em quatro variáveis: suscetibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas.

De acordo com Bardin (1988), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise dos dados obtidos teve como referencial teórico o sexo.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora por meio de entrevista semiestruturada após consentimento dos entrevistados.

O quadro 1 apresenta as categorias surgidas por meio das falas dos sujeitos de pesquisa que apresentaram maior relevância durante o estudo.

**Quadro 1 - Síntese das categorias do Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974) extraído das entrevistas realizadas com pacientes em tratamento supervisionado de tuberculose nos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/ Brasilândia nas unidades elegíveis para pesquisa.**

Categoria 1	
Suscetibilidade percebida	a) Relacionados aos sintomas e conhecimento de senso comum b) Relacionados à hereditariedade c) Relacionados ao conhecimento científico
Categoria 2	
Seriedade percebida	a) Preconceito b) Medo, HIV/AIDS e morte
Categoria 3	
Benefícios percebidos	a) Bom atendimento no serviço de saúde b) Bom tratamento (em relação aos medicamentos) c) Relato positivo da adesão
Categoria 4	
Barreiras percebidas	a) Diagnóstico incorreto b) Relativo aos efeitos colaterais c) Questões assistencialistas (cesta-básica e passe) d) Relato negativo da adesão

## **Local de estudo**

Foram selecionados seis serviços de saúde do município de São Paulo, da região do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, que realizavam tratamento supervisionado de tuberculose. A coleta de dados ocorreu no período de maio a novembro de 2007.

Os critérios para a escolha dos serviços de saúde foram: pertencer à gestão municipal de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia; oferecer o tratamento supervisionado de tuberculose; e apresentar o maior número de casos de tuberculose dentro da área de abrangência do estudo.

Como critérios para inclusão no estudo, foram considerados: os sujeitos que no momento da entrevista estivessem em tratamento supervisionado de tuberculose; com idade igual ou superior a 18 anos; de ambos os sexos; e ser morador residente na região do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia.

Foram excluídos os pacientes com idade inferior a 18 anos, que apresentavam coinfecção HIV/TB, aqueles que não concordaram em participar da pesquisa e os que não possuíam condições físicas e/ou mentais para participar da entrevista.

## **Procedimentos éticos**

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob nº 402/06, e pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, sob nº 350/2006/CEP/SMS.

## **Resultados e Discussão**

### **Características dos sujeitos de pesquisa**

Participaram da pesquisa 28 pessoas, sendo 11 do sexo masculino (39,83%) e 17 do sexo feminino (60,17%). A faixa etária predominante foi de 18 a 29 anos, em ambos os性別s.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, as mulheres apresentaram maior instrução do que os homens, pois 77,78% delas concluíram o ensino médio, enquanto somente 22,22% dos homens possuem o mesmo nível de escolaridade.

Em relação ao local de diagnóstico da tuberculose entre os homens, 90,91% obtiveram diagnóstico em

hospital e 9,09% em médico particular; já entre as mulheres, 64,71% no hospital e 23,53% no posto de saúde.

Após a análise dos conteúdos das falas dos participantes da pesquisa, identificamos as cinco categorias do Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974).

### **Suscetibilidade percebida**

Essa categoria refere-se à percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença (Rosenstock, 1974).

Nessa categoria, surgiram três unidades temáticas: 1) ligadas aos sintomas e conhecimento de senso comum; 2) relacionadas à hereditariedade; e 3) relativa ao conhecimento científico.

Em relação aos sintomas e conhecimentos de senso comum, as mulheres casadas/amigadas reconhecem a sua suscetibilidade para a tuberculose como complicação de uma doença mal-curada, como uma gripe ou pneumonia, por exemplo, ou como um vírus que se “pega” pelo ar. Não sabem explicar como ocorre a transmissão do “vírus”, como também desconhecem a palavra bacilo. Os relatos dos sintomas, tais como “*febre, dor de cabeça e perda de peso*”, foram associados aos sintomas da gripe.

*Então eu pensei que tuberculose dá de uma gripe mal curada, ou de uma pneumonia mal curada (mulher, 25 anos, amigada).*

A percepção do doente a respeito da tuberculose está ligada ao tratamento ineficaz ou à falta dele em alguma outra doença do trato respiratório. Como menciona Gonçalves e colaboradores (1999b), os sintomas da tuberculose (dor nas costas, falta de apetite e tosse), quando isolados, não chegam a gerar preocupações e são vistos como uma indisposição passageira pelo doente. A partir do momento em que os sintomas aumentam de intensidade ou são diferenciados dos sintomas já observados, os doentes tendem a procurar tardivamente ajuda médica.

Já as mulheres solteiras possuem a noção de ser uma doença transmissível e de que a proximidade de contato com uma pessoa doente favorece o contágio, além de relacionar a tuberculose com lugares fechados, como ônibus.

Segundo Gonçalves e colaboradores (2000), a representação da tuberculose com locais fechados

está vinculada ao imaginário de uma doença típica de cortiços, ao invés de associá-la às questões relacionadas à transmissão do bacilo e ao conhecimento da doença.

De modo geral, homens e mulheres não se percebem suscetíveis à doença por não conhecê-la de fato.

Outra unidade temática que emergiu das falas dos entrevistados está relacionada ao conceito de hereditariedade que a doença apresenta para estes sujeitos de pesquisa.

De acordo com Chalhoub (1996), até o final do século XIX acreditava-se que a tuberculose estava associada à hereditariedade e às condições de vida, portanto, a noção da doença implicava a noção de herança de morte. Logo, a concepção de doença transmissível torna-se incompatível, e, desse modo, esse indivíduo não apresenta mecanismos de proteção contra a tuberculose.

Long e colaboradores (1999) também encontraram a crença na transmissão da tuberculose de maneira hereditária em seus estudos e não houve diferenças entre homens e mulheres.

A concepção de hereditariedade implica intimamente nas atitudes que o paciente terá frente à doença, uma vez que não considerará as verdadeiras causas de transmissão, tornando-se ainda mais vulnerável à doença e possível não adesão ao tratamento.

Em relação ao conhecimento científico, nesta unidade temática foram consideradas aquelas falas cuja explicação apresentava aspectos mais próximos do conceito científico da doença.

As mulheres possuem um conhecimento científico mais próximo do correto em relação aos homens e sabem, inclusive, se expressar melhor. Segue fala de um dos entrevistados:

*Uma vez que é um vírus, que as pessoas não tratando ela normalmente, não tratando ela com cuidado, esse vírus se expande e se torna um vírus incurável. Até mesmo quando você para de tomar o remédio, o vírus se fortifica no seu pulmão. Ele fica forte de tal maneira, segundo eu fiquei sabendo e segundo eu ouvi falar. Eu aprendi que não tem mais cura para você. Se você passar para outras pessoas, também não tem mais cura para elas. É como se fosse uma forma avançada da tuberculose. Uma forma for-*

*tificada. Você não tem muitas chances de cura. Você morre com ela. É algo muito sério (homem, 22 anos, casado).*

Podemos dizer que a tuberculose ainda permanece como uma doença pouco abordada pelos sistemas de ensino e de saúde, fato comprovado em estudo realizado entre estudantes universitários por Sánchez e Bertolozzi (2004).

O conhecimento da tuberculose, em relação a sua transmissão, sinais e sintomas, colabora para o diagnóstico precoce, assim como para a adesão ao tratamento. Da mesma maneira, o desconhecimento gera o diagnóstico tardio, a disseminação do bacilo, além de perpetuar preconceitos.

### **Seriedade percebida**

De acordo com os autores Strecher e Rosenstock (1997), seriedade percebida é a preocupação de contrair uma doença ou de ficar sem tratamento correto, e isso inclui a avaliação médica e clínica, além das consequências sociais (trabalho, vida familiar e social).

Duas subcategorias emergiram das falas dos sujeitos de pesquisa. A primeira foi preconceito, e a segunda, medo da tuberculose e de contrair HIV/AIDS associados à morte.

Identificamos o preconceito sofrido pelos doentes de tuberculose pela sociedade, ou mesmo pelo próprio preconceito de si em relação ao diagnóstico, sobretudo do sexo feminino.

*A gente fica isolada, porque tem aquele preconceito (mulher, 41 anos, solteira).*

Somente as mulheres solteiras mencionaram o preconceito, tendo como palavras-chave discriminação, preconceito e estigma; possuem medo da rejeição dos familiares, de ficar sem tratamento e de morrer.

Hudelson (1996), em artigo de revisão, relata que a mulher, ao saber de seu diagnóstico, demora a comunicar a seus familiares e companheiro e desconsidera a doença até que interfira nas suas atividades diárias. O estigma da tuberculose para as mulheres, sobretudo as solteiras, é enorme, o que inclui dificuldades para um futuro casamento.

Gonçalves e colaboradores (2000) descreve a segregação sofrida pelo doente de tuberculose, sendo este responsabilizado e culpado socialmente

pela doença, por ser considerado responsável pela sua condição de saúde, e taxado como perigoso e excluído.

A referida autora acrescenta, ainda, que por volta do final do século XIX e início do século XX, a pessoa acometida de tuberculose, mesmo tendo sido curada, era forçada a realizar mudanças fundamentais em seu estilo de vida, devido ao fato de a enfermidade ser considerada uma doença social. Não bastava a cura, havia a necessidade de um preparo do doente e do contexto social para sua reinserção. Assim, mesmo após a cura, a doença deixava uma carga de discriminação duradoura.

Em estudos realizados por Lima e colaboradores (2005), Vendramini e colaboradores (2002), Johansson e colaboradores (2000) e Bertolozzi (1998) também foi marcante a relação entre estigma e preconceito pelo próprio doente e algumas vezes pela sociedade.

Em relação ao medo da tuberculose, de contrair ou estar com HIV/Aids e da morte, observa-se o receio associado à visão da possibilidade da coinfecção pelo HIV e eminente risco de morte.

As mulheres casadas possuem medo do HIV, da transmissão da doença aos seus filhos, de ficar sem tratamento e consequente morte.

Em relação ao medo do HIV, a tuberculose é a única doença contagiosa associada à infecção por HIV; é uma das primeiras complicações entre os infectados e constitui-se como uma das principais doenças oportunistas, visto que, desde 1996, passou a ocupar o segundo lugar entre as doenças oportunistas ligadas à Aids (Brasil, 2002).

O medo da transmissão do bacilo aos familiares pelas mulheres foi observado em artigo de revisão de Hudelson (1996), visto que a proximidade e o cuidado com os filhos são atividades comumente observadas para o gênero feminino.

Gonçalves e colaboradores (1999a) obtiveram resultados semelhantes ao avaliar a preocupação gerada pelo risco de levar a tuberculose para dentro de casa pelas mulheres que tinham filhos.

O único homem para esta unidade temática apresentou medo do HIV principalmente quando percebe sua debilidade física, ao destacar seu emagrecimento, e considera este como um sinal de perigo e gravidade da tuberculose, como ilustrado

no trecho extraído de sua fala:

*A tuberculose foi um choque. Eu ficava chorando. Eu olhava para o meu corpo. Eu via puro osso. E parece também que a aparência da gente vai ficar como HIV (homem, 50 anos).*

Os sinais e sintomas clínicos da tuberculose são semelhantes aos de outras infecções oportunistas, ou mesmo aos do próprio HIV, e são os mais comuns febre, suores noturnos, perda de peso e anorexia (Brasil, 2002).

A associação entre a tuberculose e a Aids se fez devido às semelhanças nos sintomas e por ser uma das principais coinfecções do HIV.

### **Benefícios percebidos**

O benefício percebido por Strecher e Rosenstock (1997) é considerado como uma ação positiva, a qual reduzirá os riscos ou a severidade de uma doença.

Nesta categoria, surgiram as subcategorias bom atendimento, bom tratamento e relato positivo de adesão.

Quanto ao bom atendimento, homens e mulheres compartilham da mesma opinião em relação ao atendimento prestado e à presença marcante dos profissionais de saúde, como ilustra o trecho a seguir:

*A maneira como somos recebidos no local incentiva a gente. [...] Eu me sinto ótimo. O tratamento, atendimento é ótimo [...] o atendimento desse posto, para mim, é nota dez (homem, 53 anos, casado).*

Os enfermeiros foram citados com maior frequência pelas mulheres (47,06%), ao contrário dos homens, que citaram os auxiliares de enfermagem (63,64%).

As mulheres mencionam os enfermeiros por prestarem um serviço próximo aos pacientes e à comunidade. Isso se intensifica quando o serviço de saúde está inserido no Programa Saúde da Família (PSF) e, em conjunto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a equipe médica realizam visitas regulares às famílias atendidas.

No Brasil, o PSF foi implantado inicialmente em 1991 e se constitui uma equipe multiprofissional, com um médico generalista, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários

de saúde (Luciano, 2002). Os agentes comunitários de saúde são selecionados no interior das áreas onde serão desenvolvidas ações do PSF, ou seja, também são moradores da região. Assim, a relação entre os profissionais do PSF, sobretudo auxiliares de enfermagem, e agentes comunitários de saúde é muito próxima.

Para garantir a adesão e o sucesso do tratamento da tuberculose, em 1993 a OMS propôs a seus países-membros a estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS). Nessa estratégia, o profissional de saúde ou agente comunitário de saúde observa o paciente ingerir a medicação, e o governo assegura o direito da disponibilidade das drogas antituberculosas durante a realização do tratamento (WHO, 1999).

Devido à estratégia DOTS, em que o paciente dirige-se a sua unidade de saúde para a ingestão medicamentosa, essa relação entre os profissionais de saúde e o paciente torna-se ainda mais constante, o que favorece, quando realizado de maneira a estabelecer vínculos positivos de amizade, respeito e incentivo, o bom atendimento, o bom tratamento e, consequentemente, a adesão.

Dados semelhantes em relação aos profissionais de saúde também foram encontrados nos trabalhos de Lima e colaboradores (2005), Campinas (2004) e Vendramini e colaboradores (2002).

Em relação à subcategoria bom tratamento, surgiu com a percepção da melhora do quadro de saúde.

Nessa subcategoria, o fato de estes entrevistados perceberem a sua melhora, tanto homens como mulheres, é um fator positivo para a manutenção do tratamento. Assim, constatamos que para esses sujeitos de pesquisa, o uso do medicamento foi considerado benéfico, pois se relaciona à redução da suscetibilidade e seriedade da tuberculose.

*Eu reagi muito bem, porque eu melhorei bastante (mulher, 25 anos, amigada).*

*Estão me ajudando bastante. Para mim, está tirando as dores. Não estou tossindo. Não tenho dores nas costas, no peito. Eu subia um morrinho que fosse já ficava cansado. Eu tinha que parar na metade do morro. Agora não. Eu acho que estou bem (E5 - 19 anos, masculino, solteiro).*

Em estudo realizado por Costa e colaboradores (1998), uma das causas para o abandono ao tratamento da tuberculose é a melhora no quadro de saúde, uma vez que as manifestações clínicas tendem a diminuir nos primeiros quatro meses de tratamento. Pode-se, em parte, justificar essa conduta pelo mau relacionamento médico-paciente e serviço de saúde-paciente, pois uma das funções do médico é estimular, realizar e acompanhar eventuais problemas durante o tratamento, além de esclarecer ao paciente a importância na regularidade da ingestão do medicamento.

Devido à boa relação entre os profissionais de saúde e os pacientes, informada pelos sujeitos de pesquisa, observa-se que, neste estudo, a percepção da melhora do quadro geral de saúde foi um fator benéfico para a adesão, e pode-se associar ao trabalho realizado pelos profissionais de saúde e, em particular, ao PSF.

Outro fato importante a ser observado relaciona-se ao estado civil. Somente as mulheres casadas (exceto a única viúva) relataram a percepção da melhora do estado de saúde com o tratamento realizado. Dos cinco relatos masculinos observados nesta unidade temática, quatro eram casados e um solteiro. Assim, podemos dizer que os homens casados apresentaram a mesma percepção que as mulheres casadas.

Podemos ainda mencionar que, principalmente para os homens casados, essa melhora traz a possibilidade de retorno ao trabalho, a força física para o exercício laboral, sobretudo quando este é o chefe da família.

O trecho a seguir reflete este sentimento:

*Você sabe que o dinheiro da gente cai. Eu não estou ganhando do mesmo jeito que eu estava ganhando se eu tivesse trabalhando (homem, 50 anos, amigado).*

Um dos perfis do doente acometido pelo bacilo de Koch é estar em idade produtiva, ou seja, economicamente ativo. O peso social e econômico causado pelo afastamento do emprego, de acordo com os relatos dos sujeitos de pesquisa, é enorme, uma vez que, com o DOTS, o paciente será monitorado pelo serviço de saúde e a ingestão medicamentosa observada de pertinho no serviço de saúde. A melhora do quadro clínico e o retorno ao trabalho representam uma melhora substancial dos fatores financeiros.

A questão financeira é um fator preponderante para a adesão ao tratamento. Gonçalves e colaboradores (1999a) também relataram a preocupação existente entre os homens casados para o retorno ao trabalho. Para os autores, os homens casados são o grupo que apresenta maior regularidade no tratamento da tuberculose. Já os homens solteiros possuem uma preocupação maior em manter a rotina diária, esquecendo-se da ingestão dos medicamentos.

As mulheres casadas possivelmente relatam melhora no estado geral de saúde devido à preocupação existente com seus filhos. As mulheres solteiras não apresentaram nenhuma fala nesta unidade temática.

A respeito do relato positivo de adesão, o sexo feminino apresentou relatos de adesão semelhantes entre casadas e solteiras. Em relação ao sexo masculino, os homens casados apresentaram relatos positivos da adesão, mencionando ser o tratamento algo ‘sagrado’, enquanto os homens solteiros simplesmente respondem que jamais falharam no tratamento.

### **Barreiras percebidas**

As barreiras percebidas são os aspectos potencialmente negativos de uma ação de saúde, o que poderá ocasionar um impedimento para o comportamento recomendado (Strecher e Rosenstock, 1997).

As barreiras percebidas observadas nesta pesquisa foram o diagnóstico incorreto, efeitos colaterais, questões assistenciais e o relato negativo de adesão.

O diagnóstico incorreto exerce uma barreira em potencial para a adesão ao tratamento tanto no sexo masculino como no feminino.

As mulheres queixam-se mais do que os homens quanto ao diagnóstico incorreto e mencionam o diagnóstico inicial como pneumonia, sinusite, dor muscular e bronquite. Já os homens queixam-se somente do diagnóstico incorreto realizado como uma pneumonia.

Com a demora para a descoberta da doença, diagnosticada anteriormente de forma errônea, permanece certa insegurança por parte do paciente, como demonstra o relato a seguir:

*Mas, como eu fiquei seis meses sem ser descoberta, eu fico sempre desconfiada. Não tenho aquela certeza de ficar curada (mulher, 41 anos, solteira).*

Outra barreira importante é o efeito colateral causado pela medicação. Essas queixas ocorreram independentemente do sexo.

Uma parcela dos pacientes submetidos ao tratamento o completa sem reações adversas ao medicamento. Os fatores determinantes para os efeitos colaterais são referentes a: dose, horários de administração da medicação, idade, estado nutricional, etilismo, condições hepática e renal e a coinfecção pelo HIV. As queixas mais comuns são intolerância gástrica, manifestações cutâneas diversas, icterícia e dores articulares (Brasil, 2002).

É fundamental informar ao paciente a possibilidade da ocorrência de efeitos colaterais, e estes, quando ocorrerem, que sejam realizadas medidas paliativas para diminuir ou cessar as reações adversas.

De acordo com pesquisa realizada por Oliveira e Moreira Filho (2000) a respeito de recidiva de tuberculose, embora a maioria dos efeitos colaterais seja de leve intensidade, é preciso que os serviços de saúde deem atenção redobrada aos pacientes com essa queixa, para que esses transtornos sejam reduzidos sem que haja a interrupção do tratamento.

As questões assistencialistas também geram barreiras ao tratamento. Segue trecho da fala de um dos entrevistados a esse respeito:

*Eles [governo] começaram com um projeto no começo. Olha, vocês fazem o tratamento supervisionado e nós daremos para você uma cesta básica mensal, daremos também para vocês um lanche integral todos os dias, daremos também um passe para que vocês possam se deslocar de seus trabalhos ou residências até aqui o posto, mas, uma vez que... Mas, eu acho que eles [governo] refletiram e acharam que não era possível. Eles começaram isso e acabaram não terminando. E isso mancha a imagem deles. Isso torna-se um complexo para os pacientes. Eles [os pacientes] começam a desanimar (E23 - 22 anos, masculino, casado).*

A estratégia DOTS comprehende, ainda, a adoção de incentivos de caráter social, como o fornecimento de bilhetes de transporte, para garantir a frequência às consultas e exames, cestas básicas durante a realização do tratamento, para colaborar na melhora do estado nutricional, e lanches para serem consumidos após a ingestão do esquema terapêutico.

Homens e mulheres queixaram-se da demora para a entrega da cesta básica e, até mesmo, do não recebimento. A falta da cesta básica e do vale-transporte pode prejudicar a adesão ao tratamento, pois alguns se queixam de estarem afastados do trabalho e seu poder aquisitivo ter diminuído. O paciente, ao ter conhecimento da existência de tal incentivo e não ser contemplado por ele, fica numa situação conflituosa; o que deveria ser um fator benéfico para a adesão ao tratamento surtiu efeito contrário entre aqueles que não receberam.

Na subcategoria relato negativo de adesão, foram considerados somente os entrevistados que afirmaram ter perdido uma ou mais doses da medicação durante o tratamento; por meio destas falas, percebe-se os motivos que levaram estes sujeitos de pesquisa a tal comportamento.

Para as mulheres, a maior influência para a não adesão ao tratamento está nos aspectos psicológicos, ao utilizar termos como “depressão” e “desânimo”, e também nos aspectos físicos, com o uso do termo “cansaço”.

Liefoghe (1998), em estudo de revisão de literatura, demonstrou que as mulheres que apresentam reação negativa ao diagnóstico expressam dificuldade para a adesão ao tratamento, e a negação da doença possui associação significativa com o risco na falha ao tratamento.

Em relação aos homens, a falha na ingestão do remédio não apresentou um motivo real. Utilizavam palavras como “momento”, “distração”, “descuido” para justificar a perda das doses dos remédios.

Osterberg e Blaschke (2005) relatam em seus estudos que uma das barreiras para a adesão é o completo esquecimento da ingestão do medicamento.

Podemos concluir que os homens casados e as mulheres solteiras, nesta pesquisa, apresentaram maior dificuldade para o seguimento do tratamento, pois o perfil daqueles que falharam na adesão ao

tratamento de acordo com o sexo foi: mulher, solteira ou separada, com atividade remunerada não comprovada e nível de escolaridade entre fundamental I completo e ensino médio completo; homem casado, com emprego remunerado, com nível de escolaridade entre ensino fundamental II completo e ensino médio completo.

## Considerações Finais

Este estudo sugere ao sistema de saúde a realização de trabalhos voltados principalmente ao público masculino, para que estes passem a utilizar os serviços de atenção básica de saúde, principalmente o PSF, com maior frequência para que o diagnóstico do bacilo seja realizado precocemente. Sugere-se, ainda, treinamento constante para todo o sistema de saúde em relação ao diagnóstico da tuberculose.

Mais estudos referentes às diferenças entre homens e mulheres no tratamento da tuberculose são necessários para se compreender melhor e sugerir ações voltadas a cada sexo.

Os sistemas de saúde e educação precisam se comunicar efetivamente a fim de desfazer preconceitos e estigmas referentes a inúmeras enfermidades, dentre elas a tuberculose. O conhecimento da doença e seu tratamento precisam ser difundidos, uma vez que são essenciais para influenciar a adesão terapêutica.

Este estudo apresenta como limitação a amostragem pequena, o que não permite generalizações à população.

## Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1988.
- BERTOLOZZI, M. R. *A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- BLEED, D.; DYE, C.; RAVIGLIONE, M. C. Dynamics and control of the global tuberculosis epidemic. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, Philadelphia, v. 6, n. 3, p. 174-179, 2000.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga; Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Controle de tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro, 2002.
- CAMPINAS, L. L. S. L. *O acolhimento ao doente com tuberculose*: estudo comparativo entre uma unidade de saúde da família e um ambulatório de especialidades médicas. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- CARACTA, C. F. Gender differences in pulmonary disease. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, New York, v. 70, n. 4, p. 215-227, 2003.
- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CONRAD, P. The meaning of medication: another look at compliance. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 20, n. 1, p. 29-31, 1985.
- COSTA, J. S. D. et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 409-415, 1998.
- DIWAN, V. K.; THORSON, A. Sex, gender and tuberculosis. *Lancet*, London, v. 353, n. 9157, p. 1000-1001, 1999.
- DOLIN, P. Tuberculosis epidemiology from a gender. In: DIWAN, V.; THORSON, A.; WINKVIST, A. *Gender and tuberculosis*. Göteborg: Nordic School of Public Health, 1998. p. 29-40.
- DYE, C. et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. *JAMA*, Chicago, v. 282, n. 7, p. 677-686, 1999. WHO Global Surveillance and Monitoring Project.
- GONÇALVES, H. et al. A tuberculose ao longo dos tempos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 303-325, 2000.
- GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999a.
- GONÇALVES, H.; COSTA, J. D.; MENEZES, A. M. B. Percepções e limites: visão do corpo e da doença. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 151-173, 1999b.
- HUDELSON, P. Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. *Tubercle and Lung Disease*, Edinburgh, v. 77, n. 5, p. 391-400, 1996.
- JOHANSSON, E. et al. Gender and tuberculosis control perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy*, Amsterdam, v. 52, n. 1, p. 33-51, 2000.
- LIEFOGHE, R. Gender differences in beliefs and attitudes towards tuberculosis and their impact on tuberculosis control: what do we now? In: DIWAN, V.; THORSON, A.; WINKVIST, A. *Gender and tuberculosis*. Göteborg: Nordic School of Public Health, 1998. p. 89-106.
- LIMA, A. L.; SOUZA, F. B. A.; FERREIRA, G. L. Tuberculose: atitudes do cliente frente à doença. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 83-90, 2005.
- LONG, N. H. et al. Different tuberculosis in men and women: beliefs from focus groups in Vietnam. *Social Science & Medicine*, New York, v. 49, n. 6, p. 815-822, 1999.
- LUCIANO, A. R. *PSF/QUALIS: Programa Saúde da Família/qualidade integral em saúde*. São Paulo: CEDEC, 2002.
- MARTINEZ, N. A. et al. Sex differences in the epidemiology of tuberculosis in San Francisco. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Paris, v. 4, n. 1, p. 26-31, 2000.
- OLIVEIRA, H. B.; MOREIRA FILHO, D. C. Recidivas em tuberculose e seus fatores de risco. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 7, n. 4, p. 232-241, 2000.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, San Francisco, v. 2, n. 2, p. 328-335, 1974.

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

STRECHER, V. J.; ROSENSTOCK, I. M. The health belief model: theory, research, and practice. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B. K. *Health behavior and health education*. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1997. p. 41-59.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 5-12, 2002.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *What is DOTS?: a guide to understanding the WHO recommended TB control strategy known as DOTS*. Geneva, 1999. (WHO/CDS/CPC/TB/99.270).

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, 2003. (WHO/MNC/03.01).

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *TB/HIV: a clinical manual*. Geneva, 2004. (WHO/HTM/TB/2004.329).

Recebido em: 15/12/2008

Reapresentado em: 31/08/2009

Aprovado em: 17/09/2009