

MARIA CONCEIÇÃO TOBIAS MENDES

*Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva. Campinas, 14 de abril de 1998.*

Prof. Dr.  Ana Maria Canesqui  
Orientadora

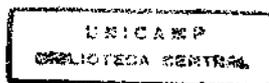
**A CLIENTELA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
DIANTE DA TUBERCULOSE**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.*

**ORIENTADOR : PROF<sup>ª</sup>.DR<sup>ª</sup>. ANA MARIA CANESQUI**

**Campinas**

**1998**



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
T/Unicamp	
M522c	
V	
34416	
395/98	
0	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO R\$ 11,00	
DATA 05/07/98	
N.º CPU	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

CM-00112696-0

M522c                      Mendes, Maria Conceição Tobias  
                                     A clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose /  
                                     Maria Conceição Tobias Mendes . Campinas, SP : [s.n.], 1998.

                                    Orientador : Ana Maria Canesqui  
                                     Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
                                     Ciências Médicas.

                                    1. Estigmatização. 2. Pulmão - Tuberculose. 3. Comportamento  
                                     humano. 4. Doenças. I. Ana Maria Canesqui. II. Universidade  
                                     Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

*O céu vestido de cinzas, drapejado de um sombreado sutil,  
brumas rastejando nas montanhas distantes;  
a natureza se desesperando, folhas caindo por todos os lados,  
como as ilusões perdidas da juventude sob as lágrimas de uma tristeza  
incurável...*

*O pinheiro, só, em seu vigor verde, estóico em meio a esta universal  
tuberculose.*

**Henri Amiel**

## *Dedicatória*

*A Joaquim Alves Coelho e Avenina Leguth Coelho, que me ensinaram o prazer e a liberdade vindos do conhecimento. Ensinaram-me, também, que a travessia rumo ao saber é longa e não se finaliza nesta existência.*

*A Geraldo Tobias Mendes e Maria de Lourdes Tobias Mendes pela presença, e estímulo constantes.*

---

# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

---

---

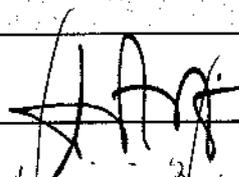
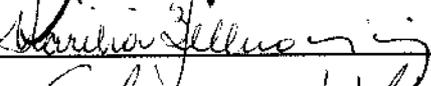
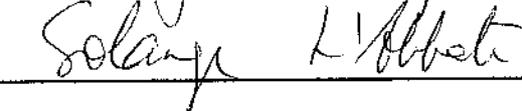
**Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Canesqui**

---

---

## Membros:

---

1. 
2. 
3. 

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data:**

---

## *Agradecimentos*

---

Para realizar este trabalho, foi necessário vencer obstáculos e enfrentar certos desafios. Isto não seria possível sem o apoio de inúmeras pessoas que contribuíram, direta e indiretamente, para a sua elaboração. As pessoas envolvidas de forma mais direta são aquelas que marcaram sua presença em cada página deste trabalho. O auxílio de cada uma delas ocorreu de diversas formas, como em depoimentos, sugestões, reflexões, palavras de estímulo e carinho. Lendo este trabalho, posso ouvi-las e vê-las.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Canesqui, pela sua orientação nesta pesquisa, o meu sincero agradecimento. Cada passo rumo a concretização do trabalho foi dado com seu apoio intelectual. Seus esclarecimentos e sugestões contribuíram, para que eu desenvolvesse os temas inseridos na pesquisa.

Meus sinceros agradecimentos ao Dr. Reynaldo Quagliato Junior, diretor do Ambulatório de Tisiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, por ter permitido minha permanência no Ambulatório e, também, por propiciar condições concretas para a realização da pesquisa. Seu apoio foi de suma importância e decisivo para a realização deste estudo.

À equipe do Ambulatório de Tisiologia, que me permitiu fazer parte do seu cotidiano, conhecer sua rotina de trabalho e clientela. Espero que todo o empenho dispensado a esta pesquisa, ao discutirem comigo e responderem questões específicas, de forma tão solícita e respeitando minha condição de pesquisadora, encontre retorno neste trabalho.

Aos doentes que, mesmo vivendo o dia-a-dia de uma realidade agressora e desumana, estiveram sempre dispostos a me atender no Ambulatório e (ou) me receber em suas casas, o que permitiu uma convivência próxima e agradável. Eles me mostraram seu cotidiano, contaram-me suas histórias e responderam atenciosamente minhas perguntas, algumas vezes indiscretas ou até mesmo estranhas e inéditas.

Um agradecimento especial a Profª Drª Helenice Bosco de Oliveira, que esteve presente durante toda a realização da pesquisa. Sua participação foi essencial, desde os passos iniciais do projeto até a sua conclusão. Nossas conversas, esclarecedoras e pertinentes e seu apoio incondicional ultrapassaram os limites destas páginas, sendo difícil encontrar palavras para expressar minha gratidão.

À Izilda Suely Andreolli Mira de Assumpção, por ter me propiciado a oportunidade de compartilhar sua amizade, desde o início da pesquisa até hoje. Pelo grande apoio, carinho e cooperação no trabalho desenvolvido no Ambulatório, meu especial agradecimento. É desta forma que sua presença é uma constante nestas páginas.

À Marina Garbiatti pela dedicação e cooperação, meus agradecimentos.

À Olívia E. P. Brognoni, do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, pelas informações e pela atenção, meus agradecimentos.

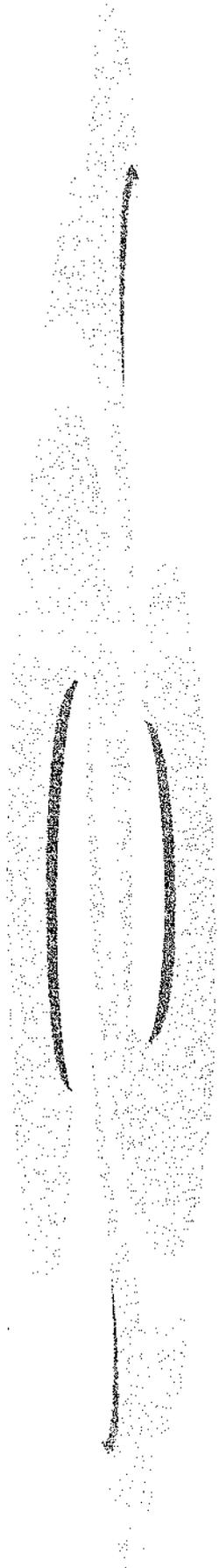
À Profª Drª Mariliza Berti Azevedo Barros, pela disponibilidade e sugestões no início do trajeto e por seu incentivo durante o desenvolver do trabalho, os meus agradecimentos e o meu carinho.

Ao Prof. Dr. Heleno R. Correa Filho, pelo apoio e compreensão, minha profunda gratidão.

À Profª Drª Solange L'abbate, pelas sugestões no projeto de pesquisa, por sua amizade, meus agradecimentos e meu carinho.

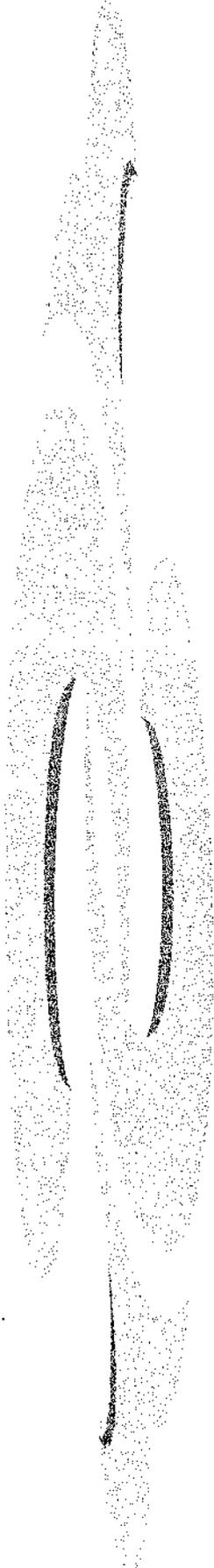
E, aos demais professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, que de uma forma ou outra contribuíram para a realização deste trabalho, meu sincero muito obrigado. Aos colegas do Curso de Pós-Graduação, agradeço a oportunidade de compartilhar momentos de reflexão e discussões sobre várias temáticas durante o curso. Agradeço a todos os funcionários deste Departamento que, de maneiras diversas, contribuíram para realização da presente pesquisa.

MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Programa de Controle de Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UICT	União Internacional Contra a Tuberculose
HC	Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas-SP
FCM	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas –SP
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
CAPES	Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
SM	Salário Mínimo



***RESUMO***

que não incorporaram efetivamente as orientações e prescrições, foram aqueles que obtiveram alta por abandono, critério médico, que significa, segundo o doente, a decisão de parar de tomar os medicamentos. Concluimos que, ao contrário do que sugerem os profissionais de saúde, o abandono do tratamento de tuberculose não se deve apenas a falta de informações e orientações, e sim a um conjunto de fatores, constituído de causas sócio-econômicas, culturais e de representações sobre a saúde (cura), doença e corpo.



## ***1. INTRODUÇÃO***

## 1. O PROBLEMA: RAZÕES DA OPÇÃO DO ESTUDO

A tuberculose, segundo as organizações oficiais de saúde, era uma doença em declínio, sendo considerada quase sob controle. Atualmente, recrudescceu nos mais diferentes países, incluindo as áreas pobres da África, as regiões industrializadas dos Estados Unidos da América do Norte e vários países europeus. Em 1993, a \*Organização Mundial da Saúde declarou que, a tuberculose é uma emergência mundial e anunciou sua magnitude na próxima década: 90 milhões de casos e 30 milhões de mortes em todo o mundo.

Ainda, segundo estimativa da \*Organização Mundial de Saúde, um terço da população mundial encontra-se infectada pelo bacilo de Koch, ocorrendo, anualmente, cerca de oito milhões de casos novos e três milhões de óbitos por tuberculose.

Sabe-se que, o conhecimento médico sobre a tuberculose avançou. Não só a Medicina conhece seu agente etiológico, descoberto por Koch em 1882, como também desenvolveu tecnologias para o tratamento da doença. Da mesma forma, o desenvolvimento econômico, a despeito das intrínsecas desigualdades, favoreceu a melhoria do padrão de vida das populações, atuando positivamente na redução das doenças infecciosas transmissíveis.

No Brasil, ainda hoje a tuberculose, constitui-se em um problema de saúde pública. Apesar de os avanços, o quadro sanitário da tuberculose é sombrio, em virtude da piora da qualidade de vida da população o que, por sua vez, é conseqüência da crise econômica, agravada desde o final da década de 80.

---

\* ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. - Manual de normas para o controle da tuberculose. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1995.

\* ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE apud SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria do Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. - Fórum de Debates - Tuberculose: um desafio. São Paulo, 1993.

Verifica-se no País, segundo estudos epidemiológicos, cerca de 90.000 casos novos e mais de 5.000 mortes anuais. Há, a cada hora, aproximadamente dez casos novos de tuberculose, sendo que, morrem 14 doentes por dia. No Brasil, durante o período de 1981-1991, foram notificados 844.449 casos, 80% de cura e 15% de abandono de tratamento (BRASIL, 1992b).

No estado de São Paulo, os especialistas caracterizam a situação epidemiológica da tuberculose como 'grave'. Em 1992 foram registrados 17.700 casos novos da doença, resultando num coeficiente de incidência de 52,2 casos novos por 100.000 habitantes, com 40% de cura e 18% de abandono (SÃO PAULO, 1993). Em 1994, 18.975 casos novos foram notificados, com um ligeiro aumento em relação aos anos anteriores (BRASIL, 1995).

Na cidade de Campinas - São Paulo, segundo estudo de prontuários médicos da rede pública, em 1987, dos 463 casos tratados, 58,3% atingiram a cura (Oliveira, 1991). Nas formas pulmonares positivas, a cura atingiu 65% dos casos tratados, índice considerado baixo, tanto em relação ao estado de São Paulo (73,1%) quanto ao Brasil (77,5%) (SÃO PAULO, 1993).

Em Campinas - São Paulo, em 1987, houve 26,4% de abandono de tratamento (OLIVEIRA, 1991), enquanto, neste mesmo ano, o estado de São Paulo apresentava índice de 15,3%. Vale lembrar que, o percentual acima de 15% é considerado pelo Ministério da Saúde como 'uma alta taxa de abandono de tratamento' (BRASIL, 1992b).

A situação epidemiológica da tuberculose tende a se agravar devido a uma série de fatores, entre eles a crise econômica, a deteriorização dos serviços de saúde e a epidemia de AIDS. Assim, a tuberculose reveste-se em ameaça à saúde pública, tendo-se em vista a expansão da doença e o alto índice de abandono de tratamento (como também pelo número de infectados pelo HIV).

Os dados supramencionados revelam a magnitude da tuberculose como problema de saúde pública. Neste sentido, e considerando-se as elevadas taxa de abandono de tratamento, os especialistas são levados a julgar tais índices como 'insatisfatórios' e incompatíveis com a eficácia e potência dos atuais medicamentos quimioterápicos. Desta forma, investigam-se as razões do insucesso do tratamento, apontando-se os problemas

técnicos e operacionais dos serviços de saúde, associando-os aos fatores de ordem pessoal, administrativa e terapêutica, dentre outros.

O abandono do tratamento da tuberculose pela clientela dos serviços de saúde tem sido estudado por inúmeros especialistas médicos, especialmente epidemiólogos e sanitaristas. Entretanto, ainda são poucos os estudos de cunho sócio-antropológico abordando esta questão. Merecem destaque os trabalhos realizados por ROUILLON (1972, 1982); ANDERSEN & BANERJI (1963); BANERJI & ANDERSEN (1963); YAÑEZ (1982); CHAULET (1990/1991); OLIVEIRA (1991); SBARBARO (1990/1991); ROY (1985); CEBRIAN & ALVAREZ (1969); MAGALDI (1977).

Conforme as explicações médicas, o abandono do tratamento pode favorecer tanto a cronicidade da doença quanto o aparecimento de resistência bacilar às drogas quimioterápicas antituberculose. Desta perspectiva, o doente que interrompe o tratamento não tem sido apenas o agente de contaminação, mas também o responsável pelo desenvolvimento de uma forma mais resistente da tuberculose. O abandono do tratamento significa, também, deixar de eliminar fontes de infecção, uma vez que, o principal reservatório da doença são os próprios indivíduos doentes. Outra consequência resultante desta interrupção, é o atraso na obtenção da cura.

Neste trabalho, foi considerado, também, a lacuna de pesquisas sócio-antropológicas sobre o tema e o nosso interesse na investigação dos aspectos socioculturais do processo saúde-doença em relação a tuberculose.

Entre os poucos estudos sócio-antropológicos sobre a tuberculose, há, uma referência exemplar. Trata-se de um trabalho realizado por NOGUEIRA (1945), 'Vozes de Campos de Jordão', e que foi resultante da experiência do próprio autor em um sanatório.

NOGUEIRA (1945), analisa o comportamento de portadores de tuberculose pulmonar, isto é, um universo de 104 doentes isolados em uma estação de cura: 'Montanha Mágica' de Campos de Jordão. A pesquisa se concentra na investigação da vida nesta estação de cura, onde se estudou o processo pelo qual indivíduos se tornam doentes dentro de uma determinada cultura. As atitudes relativas à tuberculose são um complexo no sentido sociológico ou antropológico: um conjunto de elementos culturais

interdependentes que, por sua vez, está integrado a outros complexos, formando um todo, a cultura ou herança social a ser investigada.

O autor procura compreender a situação de isolamento que na época, muitas vezes significava a segregação do doente em instituições ou cidades especializadas. Esta situação tinha origem no fato de ser a tuberculose pulmonar uma doença crônica, de tratamento demorado e altamente contagiosa.

Neste trabalho, o autor supramencionado refere-se ao conceito que, tempos depois GOFFMAN (1988) chamaria de estigma - forma de demarcar a distância social. NOGUEIRA (1945), estuda o estigma, demonstrando a sensibilidade dos aspectos subjetivos da cultura e da organização social para a 'concepção que o indivíduo tem de seu papel e de seus *status* nos vários grupos de que é membro'. O autor, mostra que, o doente não é apenas o portador de um bacilo, o agente específico da doença que pode ser disseminada, isto é, sociológica ou subjetivamente ele é portador de perigo para si mesmo e para o outro, sentimento que resulta na evitação de contato.

O estigma revela uma forma de demarcar a distância social expressa entre tuberculosos e não tuberculosos, ou seja, o indivíduo sadio se afasta do doente, enquanto, este, por sua vez, também por medida de precaução, oculta seu diagnóstico, ao mesmo tempo em que evita a aproximação.

Essa expressão de comportamento (estigma), portanto, resulta no fenômeno do isolamento, que está vinculado às transformações impostas pela doença nas relações sociais, principalmente, no que se refere ao relacionamento dos tuberculosos com seus familiares, isto é, na medida em que há medo de contágio, em virtude da falta de informações corretas, ocorre a solidão do indivíduo doente.

A escassez de estudos sócio-antropológicos sobre a tuberculose, além de sua crescente magnitude e relevância como problema de saúde pública, foram as razões que determinaram, a realização do presente estudo, no qual analisamos as representações sociais da doença, cura e abandono do tratamento.

## 2. OBJETIVOS

- Analisar as representações dos profissionais de saúde sobre os doentes e suas relações com os tratamentos, normas e prescrições.

- Analisar os conceitos e práticas dos profissionais de saúde, envolvidos na assistência médica ambulatorial aos tuberculosos, com referência à enfermidade, ao tratamento e ao seu abandono, explicitando os seus modelos em relação à doença, prescrições, normas e tratamentos.

- Analisar as representações e práticas dos tuberculosos, em relação à doença, cura e as formas de tratamento (oficiais ou não).

- Analisar as representações e as causas do abandono entre os tuberculosos com alta por abandono de tratamento.

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Quanto ao referencial teórico, optou-se pelo estudo das representações sociais. Nas pesquisas orientadas empiricamente - como é o caso do presente estudo - as representações sociais revelam tanto os conteúdos mais estáveis quanto os dinâmicos, propensos a mudanças. Nesse sentido, “as representações sociais são campos socialmente estruturados na interface de contextos sociais, de curto e longo alcance histórico” (SPINK, 1993). Nesta perspectiva, a representação social permite, logo no seu início, apreender a razão do destaque de alguns problemas em uma sociedade e, esclarece alguns aspectos de sua apropriação por estas sociedades, tais como os embates e debates que permeiam os diferentes grupos sociais.

O conceito representação social ou representação coletiva foi elaborado por DURKHEIM (1978), como “produto de uma imensa colaboração que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para fazê-la, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e seu saber”. Nestas relações, que se estabelecem entre os indivíduos dentro de um mesmo grupo, é necessário manter um certo consenso e uma certa autoridade sobre eles. Nesta perspectiva, a representação adquire sentido dentro de uma concepção de realidade enquanto construção social, na medida em que o social seja concebido como prioridade na explicação da realidade natural, física e mental em que vive o indivíduo.

Assim, experiências do indivíduo são compartilhadas e transmitidas a outros membros do grupo pelo processo de socialização do indivíduo que se dá durante sua vida, em decorrência dos contatos interpessoais e interinstitucionais. Isto significa que, toda representação de um fenômeno é produzida coletivamente e configura certa homogeneidade ao sistema social, pois é a sociedade quem pensa; isto torna as representações, do ponto de vista individual, não necessariamente conscientes e mais, as representações mantêm sempre a marca da realidade social onde nascem.

Segundo DURKHEIM (1978), a sociedade como organização central pode ser apreendida pelos fatos sociais e de onde emanam tanto efeitos coercitivos sobre indivíduos e grupos, como fenômenos abstratos da consciência coletiva e suas manifestações concretas que são representações coletivas.

Em outros termos, representações sociais, são um processo ao longo do qual os significados (e objetos sociais), socialmente construídos e elaborados, são compartilhados pelos indivíduos e seu grupo social e expressam um universo simbólico, que se manifesta através da comunicação, do discurso e prática que, por sua vez, são encarados como representações simbólicas e que são imagens da sociedade. Isto nos leva a concluir que, as representações são um código de um grupo social que o faz pensar, sentir e ordenar a realidade de modo semelhante àquele grupo e, assim, o indivíduo, inserido numa determinada sociedade, vive segundo este código, apesar de não ter consciência do mesmo.

DURKHEIM (1978), deste modo, procurava enfatizar o pensamento social em relação ao individual, pois as formas coletivas de agir ou pensar têm realidade fora dos indivíduos que, em cada momento, conformam-se com elas. São coisas que tem existência própria.

Contudo, isto não significa que representação social seja a soma das representações dos indivíduos, assim como sociedade seja a soma de indivíduos, pois idéias e crenças não se constituem apenas de pensamentos conscientes, mas também estão incorporadas às instituições sociais e ao comportamento de cada pessoa.

Para DURKHEIM (1978), por um lado, as representações têm autonomia relativa, uma vez, que existem algumas que agem de forma coerciva, tais como a religião, a moral, além das categorias de espaço, tempo e personalidade, concebidas por ele como representações sociais históricas. E, por outro lado, não há representações falsas, já que todas respondem de diferentes formas a condições da existência humana. Segundo ele, as representações são um grupo de fenômenos reais, dotados de propriedades específicas e que se comportam também de forma específica. Diante do que foi apresentado, consideramos que, os entrevistados ao dizerem o que sentem e pensam, estão refletindo concepções geradas coletivamente.

SCHUTZ (1979, 1982), ao abordar as representações sociais na perspectiva fenomenológica, valeu-se do conceito de 'senso comum'. Segundo o autor, o conhecimento científico e o senso comum envolvem um conjunto de abstrações, formalizações e generalizações. Estes conjuntos são construídos, são fatos interpretados a partir do mundo da cotidianidade. A existência cotidiana traz no seu bojo significados, sendo portadora de estruturas de relevância para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social. A seleção desses significados são feitas a partir de construções mentais, de 'representações' do senso comum (MINAYO, 1992).

A compreensão do mundo se estabelece, também, pelo conjunto de experiências intra e interpessoais, tais como companheiros, predecessores, contemporâneos, consócios e sucessores. Experiência e conhecimentos são termos concebidos diferentemente. O autor, atribui ao primeiro termo um sentido de coletivo,

devido a possibilidade de ser algo comum a vários indivíduos, num mesmo período de tempo. São dependentes da 'situação biográfica', o número e a natureza das experiências de cada indivíduo. O conhecimento, por sua vez, é individual, já que se baseia na elaboração interior, subjetiva e intersubjetiva, através do senso comum, na experiência vivida, constituindo-se em ponto de referência para o indivíduo. O volume de conhecimentos se efetua por meio de tipificações do mundo do senso comum, tornando possível a identificação de grupos, a estruturação comum de relevância e a possibilidade de o entendimento da maneira singular de viver de cada grupo.

O mundo da cotidianidade é compreendido como uma teia de significados, elaborada pelas ações humanas e perfeitamente passível de ser captada e interpretada. Em outros termos, o mundo social deve ser tratado como um produto da atividade humana, de interpretação e intenção do mundo subjetivo: a intersubjetividade é um dado fundamental da existência humana no mundo. Ele, (o mundo social), deve ser tratado como um mundo lingüístico (a linguagem é essencial para que a realidade seja do jeito que é) e cognitivo. Através da interpretação, principalmente, descreve-se e explica-se os processos pelos quais é construído.

Em síntese, observa-se nas idéias de SCHUTZ (1979, 1982), uma preocupação em compreender a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Conforme MINAYO (1992), SCHUTZ (1979, 1982), trabalha com a vivência, a experiência, a cotidianidade e, também, com a compreensão das estruturas e instituições, que são resultado da ação humana objetiva.

Finalmente, o último conceito de representação social presente neste estudo, é o elaborado por MINAYO (1991, 1992, 1994), onde se conformam aspectos das correntes de pensamento da sociologia fenomenológica e da dialética. Segundo MINAYO (1994), a abordagem dialética: "propõe abarcar o sistema de relações que constrói, o modo de conhecimento exterior ao sujeito e as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. Busca encontrar, na parte, a compreensão com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos - o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos".

A autora trabalha com o conceito de representações (idéias), interpretadas ideologicamente, e das relações entre classes sociais, veiculando a concepção biomédica de corpo e doença. As representações englobam, ainda, dimensões culturais com significados culturais; experiências e práticas da vida cotidiana. Considera, também, que, a mediação privilegiada para a compreensão das representações sociais é a linguagem, e no caso da comunicação da vida cotidiana, a palavra é fundamental. Para ela, as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama para as relações sociais em todos os domínios.

Contudo, ao tentar compreender as representações e práticas do indivíduo doente frente à enfermidade, no entender da autora, deve-se reconhecer que, as representações sociais, referentes à doença em geral, possuem um peso sobre o comportamento de cada pessoa. Ressalvamos que, tal peso pode ser relativizado por outros fatores que condicionam sua opção de uso do serviço e dos tratamentos ofertados (oficiais ou não). Dentre eles, a oferta dos setores de saúde e o modo e experiências de vida dos diversos segmentos sociais.

Há representações e práticas de doença diferenciadas para cada classe social, conforme mostra a literatura, uma vez que, existe um modelo de enfermidade para a Medicina e outro(s) para o doente que, segundo MINAYO (1991), implicam em concepções mais totalizadoras, incluindo as condições de vida, de trabalho, tradições e crenças.

Na elaboração do conceito de doença existe uma interação e interinfluência, que são mostradas pela história da enfermidade através do conhecimento da Medicina oficial, religiosa ou popular e dos grupos sociais que, ao interagir, influenciam-se mutuamente, tanto nos aspectos comportamentais da sociedade como nas atitudes; muito embora o saber dos especialistas (Medicina oficial) seja o dominante (MINAYO & SOUZA, 1989). Na elaboração dessas noções, apresentadas como senso comum, temos acesso ao conjunto de experiências concretas do cotidiano, da imagem da sociedade (de suas imposições) e, também, como o indivíduo as vive.

Para o doente, o que está em julgamento são manifestações interiorizadas. Deste modo, ele busca uma definição, que legitime sua situação (dada pelo médico), permitindo-lhe, assim, extrair atitudes quando ao seu estado e, a partir disso, passar a ser um enfermo para a sociedade na qual vive.

Para o médico, o conhecimento sobre a origem da enfermidade parte do modelo biológico, que explica o fenômeno doença centrado no indivíduo, órgão ou célula, descartando, com isso, a relação do homem com o seu meio, sua experiência existencial, de classe e os condicionamentos de sua situação sócio-econômica e cultural (MINAYO & SOUZA, 1989). A Medicina fraciona o corpo doente através das especialidades, considerando-o como objeto de saber e espaço da doença. Contudo, apesar dos médicos, por sua formação, deterem o saber institucionalizado, pode-se admitir que, a prática profissional reveste-se também de um conjunto de representações sociais sobre o doente e sua condição, ainda representa com a cultura popular, alguns dos seus referenciais, especialmente quando está diante dos pacientes.

A história das representações sociais da doença está permeada pela inter-relação entre corpo, objetos e demais seres que o cercam, além de um provável domínio da cultura erudita médica na sociedade ocidental. Neste sentido, elementos naturais e religiosos encontram-se presentes nestas representações, impregnando cultural e psicologicamente os valores e as crenças dos indivíduos.

Trabalhos sobre o desenvolvimento da Medicina mostram que, durante séculos, os sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros e a organização da natureza, estavam intimamente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, a dor, ao sofrimento, ao desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva de morte.

Ainda hoje, alguns aspectos religiosos, como maldições ou castigos divinos, são encontrados nas representações de doença. A culpa e o medo sempre se fazem presentes na relação do indivíduo com a enfermidade, confirmando permanências culturais, como nos lembra BERLINGUER (1980).

O clima de medo e perspectiva da morte fazem parte do contexto das doenças denominadas 'metáforas'. "É a partir do imaginário social que estas doenças marcam a sociedade com a idéia de perenidade do mal e de limites do indivíduo frente a ameaça da morte" (MINAYO, 1991).

SONTAG (1984), através da expressão 'doença como metáfora', demonstra a concepção dominante da sociedade na sua forma oficial de analisar o fenômeno da saúde-doença, que são morbidades que ensejam catástrofe e tomam um caráter histórico, numa determinada época, por mobilizar a sociedade: peste (sec. XVI, XVII); tuberculose e sífilis (séc. XIX), câncer (sec. XX) e AIDS (atualmente). Conforme LEPARGNEUR (1987), a tuberculose foi a doença metafórica do século XIX. Esta doença ocupa um lugar de destaque, não só no quadro epidemiológico como nas representações e fantasias dos indivíduos. Mas, ainda que, neste século, seja virtualmente importante, já não preenche às condições de doença- metáfora, como ocorreu no século XIX.

As metáforas que se constituem doença, de um lado, explicam a sociedade através de suas críticas e comportamentos, revelando uma concepção particular de mundo, por outro, a comunicação social se amplia, pois ao tratarem dos sintomas mórbidos, os homens falam de si mesmos, opinando e avaliando as instituições em geral.

Enfim, para cada sociedade, a análise do discurso saúde/doença/corpo caminha lado a lado com a visão de mundo e com o tipo de organização pertinente aquela sociedade.

A necessidade de estudar as representações de saúde e doença das classes populares, reportadas pelos estudos sócio-antropológicos, decorre do fato da clientela pesquisada (conjunto de clientes: doentes tuberculosos atendidos no Ambulatório de Tisiologia, cenário do presente estudo) constitui-se de indivíduos oriundos das classes trabalhadoras. Uma das dimensões da doença, 'estar doente' (alterações provocadas pela doença no corpo e em suas funções) é sinônimo de 'inatividade', percebida em situações concretas e objetivas, conforme demonstram vários estudos acadêmicos que abordam as representações da doença, em particular, dos integrantes das classes populares (MONTERO, 1985; BOLTANSKI, 1979; LOYOLA, 1984; MINAYO & SOUZA, 1989; MINAYO, 1991, 1992, 1994; CANESQUI, 1976, 1992).

Em uma sociedade que valoriza a produção, e em que o maior 'bem' constitui-se na capacidade de trabalhar, o corpo é utilizado integralmente, a fim de obter os recursos para a sobrevivência, e considerado, sobretudo, pela capacidade de produzir. Esta concepção, elaborada a partir do social, mostra a realidade das classes populares, a valorização da força e da atividade física, que se interligam ao uso instrumental do corpo. Nesse sentido, as representações de saúde e doença guardam relações com o uso social do corpo, na sua apropriação produtiva feita pela sociedade.

Assim, qualquer fator que torne possível diminuir ou mesmo anular a vitalidade do corpo, tem conotação dupla: ameaça física, ou inaptidão para produzir. Entretanto, há outras dimensões nas representações de saúde e doença que, além de demonstrarem que elas funcionam como espelho das reais condições de vida e são o resultado das contradições existentes na base material da sociedade, remetem à visão de mundo, às atitudes coletivas face à infelicidade do 'ser' subjugado, ao 'pecado' personalizado na doença e aos pecados que se mostram e simbolizam o corpo doente, remetendo a outras dimensões significativas da sociedade.

Na literatura, estudos têm demonstrado que as classes trabalhadoras atribuem várias causas às doenças, que extrapolam o biológico, como por exemplo, as sociais e econômicas. Desta forma, a doença é simultaneamente um acontecimento individual e social. O social inscreve-se através da doença, especialmente, naquilo que há de mais individual e natural - o corpo e suas marcas. Portanto, se há uma dimensão biológica da doença, esta só se manifesta através de sua inscrição social (KNAUTH, 1991). A doença faz emergir um conjunto de representações e relações que, apesar de não serem semelhantes em todas as sociedades ou em cada cultura, invariavelmente são sempre sociais.

Conforme BOLTANSKI (1979) conclui em estudo realizado na França, sobre os usos do corpo, membros das classes populares francesas tendem a perceber a doença, como um entrave à atividade física, pois o corpo, além de significar para eles um meio de sobrevivência tem uma representação social.

A Medicina, por sua vez, baseia-se em vários modelos para explicar a doença. A tuberculose tem, do ponto de vista do modelo bacteriológico, como única causa, o bacilo de Koch. De acordo com a teoria multicausal, as causas da doença são: biológica, sociais, econômicas e culturais. Contudo, tendem a atribuir às várias causas a mesma importância explicativa, ainda que sejam qualitativamente distintas. O social, neste caso, fica reduzido aos fatores econômicos e, os culturais, às condutas adequadas ou não dos indivíduos, ou grau de escolaridade, não havendo especificidade em nenhum deles (FACCHINI, 1989).

A teoria da 'multicausalidade' desenvolve-se de acordo com as diferentes abordagens, como a simples análise das múltiplas causas das doenças, o modelo ecológico e de determinação social da doença. O modelo multicausal simples, utilizado para medir os problemas da área de Saúde Pública, determina várias causas entre os fatores de risco de adoecer e doença. Nas investigações clínicas o seu uso é amplo, embora não tenha se constituído em uma teoria da doença. Já o modelo ecológico, é uma sofisticação do modelo multicausal, referente ao estudo das intervenções médicas, a partir do desenvolvimento da História Natural da Doença, enfatizando as enfermidades infecciosas. É bastante utilizado no planejamento das ações de saúde, nos diferentes momentos da doença e seus níveis de atenção (FACCHINI, 1989).

Nesse modelo, a categoria social do homem é ignorada, transformando o 'ser' social em fato eminentemente biológico e ocultando as profundas diferenças, em termos de qualidade de vida, presentes nas classes sociais (BERTOLOZZI, 1991). O conjunto de teorias avança na explicação da origem/causas das doenças. Tanto o modelo multicausal, quanto o de determinação social da doença, vêm no processo saúde-doença a síntese de múltiplas determinações (FACCHINI, 1989).

Tais referências epidemiológicas, relativas aos modelos explicativos da doença, deveram-se a preocupações, nesta pesquisa, em buscar a identificação dos modelos pelos quais os profissionais de saúde concebem a tuberculose, de tal forma que, sem oposição frontal a estes modelos, nas suas práticas referentes a doença, a clientela poderá dispor de outros modelos para explicar a tuberculose e suas causas.

Por se tratar de uma pesquisa que busca desvendar dimensões não quantificáveis, optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa, a qual responde a questões muito particulares. O aprofundamento da abordagem qualitativa, em torno dos significados das ações e das relações humanas, vai ao encontro dos objetivos do presente estudo. Nas ciências sociais, a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado: “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operação de variáveis” (MINAYO, 1994).

Em Ciências Sociais, tendo como referência a pesquisa qualitativa, o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de se obter não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo-se da realidade presente no campo. Nesse sentido, espera-se construir o conhecimento sobre a clientela estudada, isto é, conhecer suas representações e práticas, em relação à doença, cura e as formas de tratamento (oficiais ou não). Entretanto, as características da clientela analisada não podem ser generalizadas para todos os doentes que freqüentam o Ambulatório de Tisiologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP nem para aqueles atendidos em outros serviços de saúde. A mesma ressalva vale para os profissionais de saúde, isto é, não deve ser generalizada para todos os que trabalham nesta área na rede pública e que atendem aos tuberculosos, visto que, há diferenças relacionadas a prática médica e até as causas atribuídas a doença. Trata-se, assim, de um estudo restrito, dada a sua natureza qualitativa e exploratória.

As entrevistas ocorreram no período de janeiro de 1995 a fevereiro de 1996, junto a profissionais que trabalham no Ambulatório de Tisiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, especificamente, três médicos docentes, quatro médicos residentes e três enfermeiras e 36 doentes deste mesmo Ambulatório.

A opção pelo Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e, nele, pelo Ambulatório de Tisiologia, deve-se a que, este hospital, além de atender a um grande número de doentes, fornece espaço adequado às entrevistas, acesso às informações, além de ser uma instituição de referência. Outrossim, esse Serviço mantém um trabalho que congrega atividades médico-assistenciais, educativas e preventivas. Quanto a opção

pelo serviço público ambulatorial, decorre do fato de que o tratamento aos tuberculosos concentra-se na rede pública, que prioriza o tratamento ambulatorial.

Foram elaborados roteiros de entrevistas. Um para os médicos docentes e residentes e outro para as enfermeiras (todas com curso superior), o qual se diferenciou daquele respondido pelos médicos, pois foram retiradas perguntas específicas da área médica. Contudo, os dois roteiros constituíram-se de perguntas abertas, permitindo a livre narrativa do entrevistado e algumas fechadas, para a identificação pessoal. O tempo de cada entrevista variou de 50 a 60 minutos.

O terceiro roteiro foi aplicado aos indivíduos diagnosticados com tuberculose pulmonar. As entrevistas foram estruturadas de modo semelhantes a dos profissionais de saúde: perguntas abertas, com livre narrativa e somente algumas questões fechadas, onde se procurou delinear o perfil sócio-econômico.

O grupo de pessoas entrevistadas contabilizou 36 doentes adultos - portadores de tuberculose pulmonar, de ambos os sexos, subdivididos em 18 com alta por abandono de tratamento e 18 com alta por cura.

A razão que nos levou a distribuir os doentes entrevistados em dois grupos: aquele que abandonou o tratamento e aquele que não o abandonou e assim obteve a alta por cura (com base em critérios clínicos-radiológicos e quando o paciente completa o tratamento quimioterápico), foi o interesse em estudar as representações sociais de doença, cura e abandono, bem como as causas da interrupção precoce do tratamento por esse grupo de indivíduos doentes pertencentes a mesma classe social, atendidos no mesmo serviço de saúde e submetidos igualmente ao tratamento de curta duração.

As entrevistas com estes tuberculosos realizaram-se em dois locais: nas residências dos doentes, principalmente daqueles com alta por abandono, e no Ambulatório de Tisiologia. Nos dois locais a duração das entrevistas variou de 45 a 90 minutos.

Segundo QUEIROZ (1987), nas Ciências Sociais, a entrevista é a forma mais antiga e difundida de coleta de dados orais, estando presente em todas as formas de recolhimentos de relatos verbais, sendo que estes implicam sempre num colóquio entre

pesquisador e narrador. BRIOSCHI & TRIGO (1987), afirmam que, ao relatar um momento específico de sua existência, o entrevistado faz um discurso, no qual fala da representação que tem dos fatos de sua vida. Ele, em suma, os conta, segundo suas categorias de valores e seus códigos temporais.

Todas as entrevistas foram gravadas, como uma tentativa de conservar a maior precisão da linguagem dos narradores (profissionais de saúde e clientela); sendo os relatos, posteriormente, transcritos e analisados. Quanto aos nomes dos entrevistados, mencionados em algumas das transcrições, são fictícios, a fim de preservar suas identidades.

Foi efetuada a análise de conteúdo, compreendida como técnica de interpretação de textos ou como um conjunto de técnicas, onde há articulação entre os contextos das mensagens veiculadas e a utilização da técnica de associação de idéias (SATO, 1993). Esta técnica de análise de conteúdo permite encontrar respostas para as questões formuladas, bem como descobrir o que está por detrás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Dos depoimentos, foram selecionados temas mais recorrentes procurando-se dimensionar, tanto sua regularidade e conteúdos, quanto as variações subtemáticas que poderiam incluir outros conteúdos.

Cada entrevista foi transposta, integralmente, para um mapa, onde se respeitou a ordem do texto original, sendo, os conteúdos, inseridos em colunas relativas aos temas recorrentes.

Quanto às formas de análise das relações que os inúmeros elementos do texto mantém entre si, foram seguidos alguns passos: palavra chave e a particularização por temas; escolha das unidades de contexto e o recorte de texto em parágrafos; representação e interpretação de resultados.

A pesquisa valeu-se, ainda, de fontes de dados secundárias, que serviram de subsídio para a análise do conteúdo das entrevistas e, sempre que possível, de elementos de comparação de resultados. Estas fontes constaram tanto da bibliografia específica, quanto dos estudos de natureza qualitativa, que investigaram a representação do trabalho médico, da doença, saúde, corpo, estigma, modelos e conceitos utilizados pelos profissionais de

saúde para explicar a doença e o trabalho médico. A análise bibliográfica também subsidiou as investigações sobre as representações e tipos de comportamento da clientela entrevistada em relação à tuberculose, cura, e ao abandono de tratamento.

A seguir, apresentamos a forma como foi organizado o estudo, ou seja, em capítulos.

No capítulo I, procuramos realizar uma breve reconstituição da política de controle da tuberculose (século XIX ao século XX), resgatando a permanência e mudanças referentes à tecnologia e estratégias de controle da doença, bem como sua padronização e formas normativas. Concomitantemente, buscamos descrever o conjunto de ações inseridas na assistência prestada a clientela e o Ambulatório de Tisiologia, cenário da pesquisa, no tocante a consulta médica e pós-consulta.

No capítulo II, analisamos as causas e o modelo de tuberculose, referido pelos médicos docentes e residentes entrevistados, as representações sobre a clientela, a relação médico-paciente e a autonomia médica. Além de apresentarmos as avaliações sobre o tratamento quimioterápico, procuramos ainda abordar a questão do estigma da doença.

No capítulo III, analisamos as representações sobre a clientela, a tuberculose e suas causas, apontadas pelas enfermeiras. Abordamos também o trabalho destas profissionais na pós-consulta.

No capítulo IV, analisamos as representações sociais da clientela sobre a tuberculose e saúde-doença em geral, percepções sobre o processo de adoecer e alterações no modo de viver a vida conseqüência da doença.

No capítulo V, apresentamos o resultado da avaliação da clientela sobre a assistência médica recebida. Analisamos a relação da clientela com às orientações e prescrições médicas e o abandono de tratamento, do ponto de vista da literatura, dos profissionais de saúde (médicos docentes, residentes e enfermeiras) e dos doentes com alta por abandono.

Por fim, apresentamos o resumo das conclusões da presente dissertação de mestrado.

# CAPÍTULO I

## A TUBERCULOSE: TECNOLOGIAS E MODELOS DE CONTROLE

### 1. DO SOCIAL AO BACTERIOLÓGICO

Há mais de um século teve-se a certeza de que a tuberculose era uma doença infecciosa e transmissível. Isto ocorreu com a descoberta do *Mycobacterium tuberculosis*, em 1822, por Koch. O autor da descoberta define a tuberculose como entidade nosológica, identifica seu agente causal e estabelece os postulados da teoria microbiana da doença.

Segundo WASKMAN (1966), foi Koch quem estabeleceu, de modo definitivo, que a tuberculose não deveria ser atribuída ao 'mau sangue' ou à 'má hereditariedade', mas a um organismo específico, o *Mycobacterium tuberculosis*. A descoberta de Koch foi um marco fundamental para o conhecimento da contagiosidade da doença e o fortalecimento da teoria da transmissibilidade das doenças.

Verificou-se, então, uma redefinição das manifestações clínicas, bem como das maneiras de apresentação da doença, a partir da presença ou não do bacilo nas lesões, fato ressaltado pelo próprio Koch, no documento em que descreve o bacilo (PENNA, 1988). Efetivamente, o que se tem é o não reconhecimento da tuberculose pelas suas manifestações clínicas ou mesmo pelo achado histopatológico do tubérculo visto que, o que possibilita reconhecê-la é a presença do bacilo.

Houve, portanto, por intermédio do *Mycobacterium tuberculosis*, a redefinição da tuberculose, no sentido de caracterizá-la como uma doença causada pelo bacilo de Koch. E, também, uma refutação definitiva de que esta enfermidade fosse uma das manifestações

da miséria social; e assim, colocou-se de lado a luta pela melhoria das condições de vida da população.

Com a descoberta de Koch, o objetivo específico no combate à enfermidade, foi a luta contra o bacilo. A concepção da tuberculose como causada por uma micobactéria constituiu a base científica do estabelecimento hegemônico deste tipo de estratégia de controle da doença, servindo, também, como fio condutor para o desenvolvimento das descobertas posteriores a respeito da doença.

E, é com base neste conceito que a tuberculose passa a ser considerada como um problema biológico e individual e, ainda, em uma ameaça à sociedade. Assim, aquele indivíduo que adoeceu deve ser tratado para que recupere sua saúde; as medidas preventivas precisam ser acionadas para que não haja contaminação de outros. Neste momento, o doente não é visto como solitário, não se reduz àquele sofredor individual, mas é percebido pela Medicina e pela sociedade como infectante e merecedor de tratamento institucional, o que provoca uma mudança de referencial.

Desta forma, a tuberculose passa a ser objeto de internação, isto é, internam-se os tuberculosos em sanatórios, que eram os primeiros hospitais dedicados exclusivamente ao tratamento desta doença, onde os enfermos permaneciam isolados para diminuir os riscos de contaminação. O hospital era considerado, pelas autoridades sanitárias da época, como um dos meios mais importantes, senão o principal, na luta contra a tuberculose.

Este estabelecimento singular, lugar de confinamento e asilo e, às vezes, de tratamento e cuidado, expressa a necessidade de uma nova organização da cidade, que deve excluir não apenas os contagiantes, no caso os tuberculosos, mas também os loucos e leprosos. E, com ele, instaura-se uma Medicina de controle do espaço social - o hospício, a instituição de exclusão - local seguro e terapêutico. Vislumbra-se, assim, uma Medicina que constrói espaços próprios para as doenças, e não podendo curá-las, controla seus portadores, isto é, delimita o seu espaço, ordena sua conduta (ORNELLAS, 1995).

Este método de cura (internação ou isolamento) foi apoiado por associações antituberculose, de caráter filantrópico e pelo governo (OLIVEIRA, 1991). Este apoio ao

tratamento em sanatórios, mostra que, a tuberculose é a expressão de um risco ou, melhor dizendo, o doente é fonte de contágio para a sociedade. Com a institucionalização de sanatórios, a doença sai da intimidade e, aos poucos, transforma-se em enfermidade de responsabilidade externa.

Esta estratégia de excluir o tuberculoso do convívio com as pessoas sadias constituía-se na medida mais freqüente de proteção coletiva, não apenas contra o contágio, mas também contra a 'personalidade' infectada, afirma BERTOLLI (1992). Para o autor, os regimes em sanatórios primavam pelo caráter disciplinador do cotidiano do enfermo, sendo, a vida regulada a principal estratégia de recuperação dos infectados.

Esta e outras medidas, como a mudança de clima para as regiões montanhosas, onde se dizia ser o ar mais puro, eram recomendadas em vários lugares, como ocorria no Brasil. Havia uma crença de que estas recomendações, somadas à superalimentação, repouso constante no leito, e medidas preventivas - buscando diminuir a transmissão através da educação em saúde, envolvendo o doente e seus familiares, que recebiam orientações quanto ao cuidado com o escarro infectante, quanto à aeração e iluminação natural das moradias - fossem determinantes para a cura da doença.

Porém, estas medidas higiênico-dietético e a institucionalização de sanatórios tinham, segundo OLIVEIRA (1991), "a sua eficácia vinculada ao grau da evolução da doença, da formação de cavidade nos pulmões e da febre associada a cada etapa, uma vez que, não existiam ainda medicamentos eficazes para o tratamento da tuberculose".

O tratamento, nesta etapa, buscava reforçar a resistência da pessoa para que esta com suas próprias forças, se curasse da enfermidade. O bacilo continuava intocável, na medida em que não havia nenhuma droga específica que agisse diretamente contra ele, afirma OLIVEIRA (1991). Assim, até 1944, a grande maioria dos tuberculosos não só morria precocemente, como, também, transmitia a doença, particularmente a seus parentes mais próximos, dizimando famílias e mais famílias. Tal data, foi um grande marco na história da tuberculose, pois, com a introdução da estreptomomicina (SM), vislumbrou-se a possibilidade de domínio da doença que 'dizima populações', diz OLIVEIRA (1988).

Depois do emprego da estreptomicina (SM), gradualmente, novas drogas foram surgindo e sendo incorporadas à terapêutica da doença em 1946, o ácido paraminosalicílico (PAS); em 1952 a isoniazida (INH) e, em 1957, a rifampicina (RMP) (BRASIL, 1989).

Começava, assim, a era da quimioterapia específica, que significava poder encontrar drogas capazes de prevenir efetivamente a multiplicação do bacilo ou mesmo de eliminá-lo. Desta forma, o tratamento médico pôde reduzir, de modo sensível, a letalidade da doença.

Ocorreu, no final dos anos 50, uma outra mudança importante no tratamento da tuberculose. Em 1959, com a divulgação dos resultados dos ensaios realizados em Madrás, Índia, começou haver o abandono progressivo do tratamento em sanatórios e a cirurgia pulmonar passou a ter indicação infreqüente (BRASIL, 1989).

Foi o estudo de Madrás que determinou, como política geral, a mudança de tratamento com internações em sanatórios para tratamento ambulatorial. Principalmente nos países em desenvolvimento, esta alteração chegou no momento certo, já que a política de criação e ampliação do número de leitos, não estava sendo cumprida rigidamente, isto é, a disponibilidade de leitos em sanatórios era inadequada (OLIVEIRA, 1991).

Em 1959, a divulgação dos resultados do tratamento ambulatorial - altamente eficaz sem causar o aumento do risco de infecção nos comunicantes, reafirmou a concepção da cura da tuberculose como independente da condição sócio-econômica do doente ou de sua internação, mas, sim e apenas, do uso correto das drogas antituberculose (BRASIL, 1989).

Na década de 70, ocorreu, pela primeira vez, a apresentação pelo Comitê de Especialistas em Tuberculose da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1974), o conceito de programa antituberculose, no qual a maioria dos países em desenvolvimento (incluindo-se o Brasil) baseou-se para reestruturar seus programas contra a tuberculose. De acordo com o documento, no Programa Nacional de Controle da Tuberculose deveriam constar as seguintes características: programa permanente, de forma hierarquizada, descentralizada, incorporada à rotina de trabalho e integrado às demais ações de saúde de todas as Unidades, permitindo uma extensão de cobertura (OLIVEIRA, 1991).

Neste documento também foi reafirmado não ser necessário o tratamento hospitalar para a grande parcela de tuberculosos, sendo somente prescrito para as complicações (OMS, 1974). No tocante aos recursos financeiros e de pessoal frisou-se que, fossem utilizados para organizar programas ambulatoriais eficientes (OLIVEIRA, 1991).

Outro fato importante, a ser destacado nos anos 70, foi a abreviação do período de tratamento, ou seja, de doze para seis meses, o que, facilitaria sua operacionalização. Isto foi possível a partir da demonstração de Fox e colaboradores, sobre a combinação das três drogas - rifampicina (RFM), juntamente com a pirazinamida (PZA) e a isoniazida (INH). Segundo os especialistas, a combinação destas drogas aumentaria, ainda mais, a eficácia da quimioterapia (FOX & MITCHISON, 1975).

Além disto, a diminuição do período de tratamento, de doze para seis meses, revela-se como uma solução para o problema da irregularidade e do abandono de tratamento da tuberculose, o que já ocorria na época. Entretanto, estes problemas persistem até hoje.

Somado a estes problemas em relação ao controle da doença, há, também, a constatação da ineficácia dos programas de controle, verificada no início da década de 80, pelas avaliações da situação epidemiológica da tuberculose no mundo subdesenvolvido. Deste ponto de vista, houve pouca ou nenhuma alteração da situação epidemiológica em relação as duas décadas anteriores (PENNA, 1988).

Conforme explicita o documento oficial do Ministério da Saúde, até o início da década de 90, esta situação permanece inalterada, sendo que, “os avanços e a tecnologia disponível para seu controle não têm sido suficientes, principalmente nos países em desenvolvimento, para impactar significamente a sua morbidade e mortalidade” (BRASIL, 1995).

Tal situação é atribuída a outra causa, de acordo com o Informe del Director General da Organizacion Mundial de la Salud sobre o controle da tuberculose, apresentado como resposta à resolução WHA33.26 da 33ª da assembléia da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1983). Segundo o Informe, existe um paradoxo na situação atual, ou seja, a disponibilidade de tecnologia eficaz e simplificada, coexistindo com a gravidade do

problema na maior parte dos países subdesenvolvidos, em virtude da aplicação deficiente da tecnologia disponível.

As causas imputadas a não resolução do problema da tuberculose reacendem a discussão a respeito da determinação social da doença, visto que, a descoberta do bacilo e das drogas eficazes deixaram obscurecidas às condições de vida do enfermo, na determinação da doença e na cura. Houve, nesse sentido, um processo de redução das dimensões sociais a função de condicionantes ou de fatores de outra ordem.

No Brasil, a associação da tuberculose aos atributos sócio-econômicos dos indivíduos, está presente na discussão sobre a doença. O Ministério da Saúde (1992a), atribui, em seus documentos oficiais, às condições sócio-econômicas do indivíduo como uma das múltiplas causas da doença.

Conforme PENNA (1988), organismos internacionais como a União Internacional Contra a Tuberculose (UICT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), incorporam ao seu discurso a questão da determinação social, mas, de forma contraditória continuam apontando na perspectiva de controle da doença, através da atuação exclusiva do setor saúde.

Deste modo, a estratégia para controle da tuberculose, permanece, direcionada para a extinção de material infeccioso, proposta por Koch, com base na descoberta do bacilo, constituindo-se numa concepção de controle da doença através de ações exclusivamente na área médica. Assim, se por um lado já se permite a discussão sobre a influência das causas sócio-econômicas no acometimento da tuberculose, nos discursos de alguns organismos responsáveis pela formulação de estratégias de controle, por outro, não há alteração nestas estratégias, que continuam calcadas na tecnologia médica.

## 2. A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE NO BRASIL

### 2.1. Final do século XIX até a década de 20

Consideramos importante abordar os modelos de intervenção contra a tuberculose no âmbito da política de saúde, no Brasil, desde o início do século XX até o momento, com a finalidade de demonstrar os conceitos e tecnologias que permearam as estratégias de combate à doença, que foi e continua sendo vista e tratada como questão de Saúde Pública.

Verifica-se uma mudança, no transcorrer das primeiras décadas do século XX, nos conceitos e intervenção referentes à tuberculose. As informações a respeito dos meios de transmissibilidade da doença expandem-se e, este fato, juntamente com as repercussões do movimento higienista agrava os receios e restrições aos tuberculosos.

No Brasil, a tuberculose esteve presente desde os primeiros tempos do Período Colonial, entretanto, não há evidência de que a doença tenha recebido atenção especial dos governos da Colônia, como houve em relação à lepra e à febre amarela, quando da ocorrência de epidemias (BRASIL, 1992b).

No início do Período Colonial todos os doentes, inclusive os tuberculosos, recebiam assistência nas Santas Casas de Misericórdia. Este modelo de instituição filantrópica já era adotado na Europa, desde o século XVI. As Santas Casas de Misericórdia foram as pioneiras na assistência aos tuberculosos. O atendimento a estes doentes, neste período, acontecia em enfermarias gerais das Santas Casas, existentes em algumas cidades brasileiras (BRASIL, 1992b). Tal modelo hospitalar expande-se durante o século XIX, sendo que, a assistência às populações pobres, era feita através de iniciativas filantrópicas individuais ou institucionais, bastante restritas e combinadas com agentes da medicina popular.

Com a República, a filantropia ganhou campo no combate à tuberculose. O conhecimento médico (bacteriológico), que começava a florescer, seria uma base para a luta contra as doenças. A filantropia, por sua vez, assumiu o caráter de Ligas Contra a Tuberculose.

Em 1899, foi fundada, no Brasil, a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, que já defendia a adoção, no País, das medidas profiláticas e de tratamento. Isto é, dieta e repouso e medidas preventivas, visando a reduzir a transmissão da doença através de educação em saúde envolvendo o paciente e sua família, como orientações quanto ao cuidado com escarro infectante, quanto à aeração e iluminação natural das moradias, com o objetivo de diminuir a transmissão indireta, e o isolamento hospitalar ou domiciliar das formas 'abertas' (aquelas onde era possível evidenciar a presença do bacilo no escarro) (PENNA, 1988).

As Ligas de Combate Contra a Tuberculose estenderam-se pelos estados brasileiros, sendo, as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, as primeiras capitais onde foram fundadas. Conforme ORNELLAS (1995), as Ligas são fundadas sob a mística da guerra santa, da cruzada, mística que contém uma ideologia não explícita: a compreensão de que havia a necessidade de atender, nem que fosse em nível de sobrevivência, as classes proletárias para garantir que tudo permanecesse do mesmo modo (não alterando o sistema de classe).

As bases da luta, no discurso das Ligas, eram a construção de sanatórios onde o tuberculoso encontrava cura pela alimentação, aeração e repouso. Estes sanatórios, foram construídos e mantidos no mesmo sistema das Santas Casas, isto é, a filantropia subsidiada pelos poderes públicos. Segundo NASCIMENTO (1991), a fonte de recursos das Ligas eram as subvenções públicas. A autora reconhece que, esta era uma prática comum do Estado: não assumia a responsabilidade de solucionar a questão social; não definia políticas públicas que a contemplasse; privilegiava o repasse de recursos para as instituições de assistência privadas.

O que distingue os sanatórios dos hospitais, no caso da tuberculose é que, nos primeiros internava-se o doente considerado incurável e, portanto, o objetivo era somente isolá-lo e, com isto, evitar a propagação da doença. Por sua vez, nos dispensários de

tuberculose enfatizava-se a educação higiênica, atuando-se principalmente, como agência de propaganda, apesar de terem outras atividades, quais sejam: diagnóstico, tratamento individual, distribuição de medicamentos, escarradeiras de bolso, roupas e alimentos

As propostas das Ligas tornaram-se visíveis. Tal fato pode ser constatado na legislação municipal referente à tuberculose, pois houve um aumento da influência direta das Ligas, no sentido de disciplinar o comportamento das pessoas em geral. Trata-se, assim, de uma forma de intervenção pública, baseada no projeto higienista, cerceando as atividades dos tuberculosos, como por exemplo, penalizando aquele doente que escarrasse em lugares públicos (BARREIRA, 1992).

Segundo este autor, as representações sociais da tuberculose, aliadas à inexistência de recursos tecnológicos eficazes para seu tratamento, levam ao desenvolvimento higiênico-dietético e, depois, à institucionalização dos sanatórios.

A estratégia de isolamento e o modelo higienista não estavam presentes apenas nas ações das Ligas, mas também na Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, criada em 1923 (através da reforma Carlos Chagas), no Departamento Nacional de Saúde Pública.

A Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose para ação no Distrito Federal, incluía as seguintes atribuições: notificação dos casos, exame bacteriológico gratuito dos escarros - para estabelecer o diagnóstico exato da doença e verificar os casos de tuberculose 'aberta', e isolamento hospitalar ou domiciliar dos casos (PENNA, 1988).

A Inspetoria foi organizada sob influência da concepção sanitária francesa, caracterizada pela multiplicidade de serviços especializados, numa organização tipo 'arquipélago', sendo que, os dispensários incluíam a assistência aos doentes.

O conceito de saúde pública está contido no discurso que define as atribuições da Inspetoria, na qual a autoridade sanitária elaborava pautas de conduta, tendo, como pressuposto, que as populações pobres eram 'ignorantes': ignoravam como deveriam conduzir sua própria vida, sendo necessário aprender comportarem-se adequadamente no que diz respeito à saúde (ORNELLAS, 1995). Por detrás desta atribuição da Inspetoria estava presente, "a representação imaginária do pobre como de um suspeito em potencial,

seja como portador de germes, seja como criminoso” o que, segundo BARREIRA (1992), justifica a aplicação de uma pedagogia autoritária, que pretende impor hábitos de higiene.

Até a década de 20, mesmo com a criação da Inspetoria e com a priorização no Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1926, das ações profiláticas, hospitalares, de dispensários e laboratoriais, centralizadas e coordenadas pelo setor público, para o combate à doença, a Liga foi praticamente a responsável, tanto pela direção quanto pela execução do combate à tuberculose, no Brasil (BRASIL, 1992b).

Em suma, até a década de 20, as ações de combate à tuberculose, quais sejam, higiênico-dietético e profiláticas, junto com a institucionalização de sanatórios (correspondendo a preocupação de afastar os focos de doença), estavam vinculadas à tecnologia de terapêutica disponível neste período.

Se, na luta contra a tuberculose, as Ligas não produziram efeitos nos índices de mortalidade, conseguiram, no entanto, demonstrar que esta doença era uma questão pública.

Conforme BARREIRA (1992), há uma visível relação entre o processo pelo qual a tuberculose se torna objeto da saúde pública e o fortalecimento da classe operária, o que vinha ocorrendo nos anos anteriores à década de 20. No final desta década, vamos encontrar um debate cívico a respeito da melhoria das condições de saúde, inserido em um movimento político-ideológico de construção da nação, no qual havia a necessidade da intervenção do Estado na área de saúde, de uma forma global e permanente.

Na década de 20, o arcabouço institucional e o discurso político começam a apontar na direção da centralização e da transformação da saúde em questão nacional.

## **2.2. Início da década de 30 até o final dos anos 60**

A partir de 1930 emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, instalam-se os aparelhos necessários a sua efetivação. Esta política de saúde trazia em seu

bojo um caráter 'restrito', já que era limitada na sua amplitude de cobertura populacional e nos aspectos técnicos-financeiros da estrutura organizacional (BRAGA & PAULA, 1981).

Na década de 30, já no governo Vargas, desenha-se uma política de saúde sob um Estado mais forte, centralizador e interventor nas questões de saúde e previdenciária. Um sistema que intervém nos Estados: os governadores eram chamados interventores.

A reforma político-administrativa de 30 cria novos órgãos, como o Ministério de Educação e Saúde, composto de dois Departamentos Nacionais, um de Educação e outro de Saúde.

Em 1934, como parte da reorganização ministerial, transformou-se o Departamento Nacional de Saúde em Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, ocorrendo, simultaneamente, a criação de várias Diretorias e Serviços.

Em 1937, o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social assume a coordenação dos Departamento Estaduais de Saúde dos Estados de fraco poder político-econômico. Desde então, uniformiza-se a estrutura dos departamentos estaduais, estabelecendo-se um padrão organizacional formado por uma Diretoria, uma Organização de Órgãos Centralizados: serviços especiais de combate à tuberculose, à lepra, além de hospitais e laboratórios e uma Coordenação de Órgãos Descentralizados (centros de saúde nas cidades maiores e postos de higiene na área rural) (BRAGA & PAULA, 1981).

A centralização da política de saúde pelo Estado Nacional (1930-37) efetiva-se pela crescente participação de assistentes técnicos do Governo Federal, verdadeiros interventores do Departamento Nacional de Saúde junto aos serviços estaduais de saúde.

Em 1941, importante reorganização verifica-se no Ministério da Educação e Saúde. O Departamento Nacional de Saúde (DNS) não só incorpora vários serviços de combate às endemias já existentes, como assume o controle da formação de técnicos em saúde pública e, institucionaliza as campanhas sanitárias. Sendo priorizado o controle e à vigilância das doenças transmissíveis (BRAGA & PAULA, 1981).

O Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), um dos órgãos criados pela Reforma, sob a direção de seu primeiro diretor, Samuel Libânio, assumia os pressupostos que estavam sendo desenvolvidos nos anos anteriores, como a cura da tuberculose, devido ao tratamento

precoce; influência dos fatores sócio-econômicos; o contágio e a detecção de casos (ORNELLAS, 1995).

Essas medidas, vinculadas à tecnologia de terapêutica disponível, eram limitadas, a medida em que se constituíam de construção de sanatórios, correspondendo à preocupação com o afastamento dos focos de doença e à detecção dos casos para tratamento precoce, o que levava à elaboração de cadastro de massas populacionais, com o uso da abreugrafia.

Até 1944 várias drogas foram testadas no tratamento da tuberculose, sem sucesso. Em 1944, Waksman, pela primeira vez, empregou a estreptomicina (SM) no tratamento da tuberculose, primeiro medicamento eficaz no combate a enfermidade e, que deu início a era da quimioterapia específica. No Brasil, um ano após o emprego dessa droga, a tuberculose passa a constar no programa do governo por sugestão do Ministro Souza Campos, sendo que, em 1946 é instituída a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), possibilitando a agilização das atividades específicas de controle, através da concentração de recursos significativos (BRASIL, 1992b).

Esta campanha constituía-se de medidas de intervenção do governo na área social. Tais medidas se forjaram no âmbito da conjuntura política-econômica do pós-guerra, extrapolando os limites nacionais. A filosofia de trabalho: construir e dar ênfase ao hospital e ao sanatório, foi adotada como estratégia de ação na luta contra a tuberculose, pelo diretor da Campanha, Raphael de Paula Souza. Ela estava de acordo como umas das correntes presentes no processo constitutivo da Campanha, que depositava toda as expectativas no sanatório. Esta corrente favorável ao sanatório alegava a necessidade de interromper a cadeia de transmissão da doença, isolando-se a maior parte dos focos, e a ineficácia do tratamento ambulatorial, na maioria dos casos (ORNELLAS, 1995).

A escolha pela corrente favorável ao sanatório atendia a inúmeros interesses, desde reivindicações das autoridades sanitárias, preocupadas com o isolamento dos focos, até demandas sociais, uma vez que, junto com o medo do contágio, as famílias dos doentes não dispunham de recursos (financeiros e humanos) para cuidar dos parentes tuberculosos.

No final da gestão Raphael Paula Souza, o combate a tuberculose estava baseado

na descoberta de casos (detectados os suspeitos pela abreugrafia); no isolamento e tratamento dos focos em sanatórios, sendo que, a hospitalização dos doentes consumia 80% dos recursos da Campanha (ORNELLAS, 1995). Dois fatos destacam-se em sua gestão: o aumento do número de leitos disponíveis e a implementação de uma estrutura nacional de combate à tuberculose.

Em 1951, em mensagem ao Congresso Nacional, Getúlio Vargas ( 2º período de seu governo 1950-1954), reconhece a tuberculose como oriunda da miséria. A doença, segundo a mensagem governamental, estava mais associada às causas sociais do que médicas. Em seu governo valorizavam-se medidas de intervenção na economia, sem, no entanto, refutar-se a importância das ações sanitárias.

Em 1953, quando foi criado o Ministério da Saúde, que manteve basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, foi ampliado o quadro de enfermidades sob seus cuidados: ancilostomose, bócio, bouba, brucelose, doença de Chagas, esquistossomose, filiarose, leishmaniose, tracoma. Em sua estrutura administrativa constavam as Campanhas Nacionais contra várias doenças, entre elas a tuberculose (BRAGA & PAULA, 1981).

O Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) assumiu o controle decisório, pautando sua atuação nas estratégias recomendadas pelas organizações nacionais e internacionais de saúde. A Organização Mundial da Saúde, formulou o programa básico que consistia na vacinação com BCG, na utilização de exames como instrumentos para diagnóstico, além do uso da quimioterapia.

Na Campanha Nacional Contra a Tuberculose, desenvolveram-se esforços para aparelhar os dispensários existentes e aumentar seu número; ampliar seu poder de penetração no interior de penetração no interior do País, através de unidades móveis; concluir hospitais em construção; melhorar o rendimento dos já existentes e promover trabalho integrado hospital-dispensário além de desempenhar função normativa no controle da tuberculose (BRASIL, 1989)

É importante salientar que, politicamente o Governo Federal ainda era representado, nas esferas estaduais, pela Campanha, apesar desta ter outras prioridades. Segundo BARREIRA (1992), a Campanha Nacional Contra a Tuberculose contribuiu para acentuar o controle do Governo Federal no âmbito da vida nacional.

No governo João Café Filho (1955), o diretor do SNT, Reginaldo Fernandes Pereira Filho, crítico da política de Raphael Paula Souza, denominada por ele 'mística do leite hospitalar', passa a defender a política de aplicação de medidas preventivas (BCG) e o uso da quimioterapia. Este diretor cria uma Comissão Técnica que viria a ser decisiva na formulação da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (ORNELLAS, 1995).

O Governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), que assume o poder sob o 'slogan' 50 anos em 5, e com uma ideologia francamente desenvolvimentista, enfatiza a intervenção na economia como forma de resolver a questão social.

A tuberculose é atribuída à pobreza e à carência dela conseqüente: carência de alimentação, de habitação e de condições de higiene.

A ação dos dispensários, é reavaliada e enfatizada. Sendo uma grande parte do orçamento destinado aos hospitais, não tanto pela opção da política relativa ao setor, quanto pelo alto custo de sua manutenção (BARREIRA, 1992).

No final da década de 50, a Comissão Técnica da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, propõe, no documento Dispensário de Tuberculose - Estrutura e Funcionamento, Padronização de Métodos de Classificação, o estabelecimento de normas padronizadas para o funcionamento de dispensários; estrutura própria para coleta de dados de registro, destinada a avaliação das atividades e ao conhecimento da magnitude do problema, até então sem meios de ser medido efetivamente (BRASIL, 1989).

Em 1961, Jânio Quadros destaca em discurso no rádio, a questão da tuberculose afirmando que: os conhecimentos científicos de recursos técnicos asseguram a cura da tuberculose e garantem o êxito da ação preventiva. O Programa de Ação de 1961, do Ministério da Saúde, conceitua o controle da tuberculose como o esforço organizado da comunidade para diminuir o risco de contrair a doença, sendo, o objetivo da luta, proteger a

população contra o perigo da enfermidade e não apenas prestar assistência aos doentes (ORNELLAS, 1995). As medidas com que se pretende atingir estes objetivos, incluem a vacinação dos não infectados, tratamento quimioterápico dos infectados e a descoberta e tratamento dos novos casos.

No Governo João Goulart, não houve alteração na luta política relativa à tuberculose, excetuando-se a intensificação da participação sindical no interior dos hospitais (BARREIRA, 1992).

Com o golpe de 64, instaura-se um novo tempo e um novo discurso em relação às políticas sociais: aplica-se, ao serviço público, uma nova política de racionalidade e de eficácia, valorizando-se o planejamento econômico, que se aplica a todas as áreas, inclusive aos programas de saúde. Esta implementação de reformas (administrativas, tributárias, financeiras, etc...), ocorre no período Roberto Campos. As transformações do setor de saúde desta época só podem ser entendidas quando vistas no interior destas mudanças mais gerais, afirmam BRAGA & PAULA (1981).

Os autores destacam, também, que, “à sombra, foram sendo feitas transformações a nível do Estado que possibilitaram que a atenção à saúde ocupasse o papel que lhe estava destinado naquele momento (anunciado pelas transformações tecnológicas no exterior) e que assumisse as características de setor plenamente capitalista”.

Os orçamentos para a saúde são reduzidos e o Ministério da Saúde não tem acesso aos instrumentos administrativos para o controle da política do setor, o que invalida o Decreto-Lei 200/67, que atribui ao Ministério da Saúde a formulação da política Nacional de Saúde (BARREIRA, 1992).

A Medicina Previdenciária de caráter médico assistencial foi privilegiada e o Ministério da Saúde ficou restrito às atividades de saúde pública de ‘baixa lucratividade’. Ao INPS - Instituto Nacional de Previdência Social - coube a centralização dos recursos destinados à saúde. Tais recursos eram oriundos das bases de financiamento da previdência social, isto é, das contribuições de empresários, assalariados e, reduzidamente, do Estado. Paralelamente, ampliou-se a compra de serviços da rede privada, fazendo crescer o setor de serviços de saúde atrelados à medicina de grupo, em detrimento do setor público de assistência (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

Quanto a tuberculose, a partir de 1964 deu-se a implantação no nível de saúde pública dos primeiros esquemas de quimioterapia, através do então Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), controlado pelo Ministério da Saúde. Este esquema triplice tinha duração de 18 meses.

O instrumento terapêutico, denominado esquema triplice, tornou possível a mudança da estratégia de combate à tuberculose, na medida em que permitiu a elaboração de um modelo operativo na ação dos dispensários.

Em 1967, com a opção pelo tratamento em dispensários como principal meio de ação na luta contra a tuberculose, colocava-se um ponto final na política de abrir novos leitos para tuberculose, no País.

### **2.3. Década de 70 até o início da década de 90**

Na década de 70 deu-se continuidade ao ciclo expansivo da economia, o que perdurou até 1974. Apesar do crescimento de alguns setores da economia, persistiu a concentração de renda, com estratos de baixas rendas sofrendo grandes perdas, agravando-se, assim, a qualidade de suas condições de vida e de saúde.

No início da década de 70 (1972-1974), já no governo Médici, foi lançado o I Plano Nacional de Desenvolvimento, baseado na idéia que o desenvolvimento acelerado da economia capitalista resulta no controle e na diminuição da pobreza, já que uma economia mais rica tenderia a gerar maior distribuição de riquezas. O 1º PND manteve as expectativas de crescimento econômico e a manutenção da taxa de expansão da economia. Especificamente, em relação a tuberculose, o I Plano Nacional de Desenvolvimento, recomendava apenas a atividade de imunização, embora mantivesse os leitos hospitalares.

Em 1971, foi criada a Central de Medicamentos (CEME), com os seguintes objetivos: produção dos medicamentos, pesquisa e desenvolvimento tecnológicos, controle da qualidade dos medicamentos comercializados e distribuição dos medicamentos essenciais à população com renda de até dois salários mínimos (BRAGA & PAULA, 1981).

Entre os medicamentos distribuídos pela CEME, inclui-se as drogas quimioterápicas necessárias para o tratamento da tuberculose. Tanto o Programa de Imunização contra a Tuberculose quanto o Programa Nacional de combate à Tuberculose encontravam-se entre as prioridades da CEME (ORNELLAS, 1995). Tal fato constituiu-se em importante passo para assegurar o tratamento da enfermidade.

Em 1973, o esquema foi mudado de 18 para 12 meses, após o estudo da União Internacional Contra a Tuberculose (UICT), em 1965, do qual o Brasil foi um dos participantes. Foi implantada, em 1973, a vacinação BCG intradérmica, obrigatória para menores de um ano e, a partir de 1976, foi criada a Rede Nacional de Laboratórios de Tuberculose que, posteriormente, integra-se ao Serviço Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

Em 1975, em virtude do processo de reorientação administrativa da política nacional de saúde, que vinha ocorrendo desde de 1964, aliado à escalada da incidência da doença (a tuberculose voltava a mostrar-se altamente significativa), foi incluído o Programa Nacional de Controle da Tuberculose como atividade prioritária no II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) do governo Geisel. Tal fato permitiu uma disponibilidade de recursos financeiros, que foram aplicados principalmente na extensão da cobertura do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Ainda, em 1975, foi organizado o Sistema Nacional de Saúde, com propostas de integração da medicina previdenciária e da saúde pública através da rearticulação entre as diversas esferas do governo: Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e entre os órgãos governamentais e setor privado (BRAGA & PAULA, 1981).

Segundo NEMES (1993), “a assunção das políticas de extensão de cobertura, no Brasil, se dá no governo Geisel, na conjuntura ‘pós-milagre econômico’, e é claramente

expressa na V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, que consolida tendências já expressas no II Plano Nacional de Desenvolvimento de 1974, e propugna pela necessidade de estenderem-se os serviços de saúde às populações rurais e aos grupos populacionais 'marginalizados' dos centros urbanos".

Portanto, iniciou-se um trabalho que buscava viabilizar mudanças na prática dos serviços, através de uma programação que viabilizasse a atenção integral à saúde, aumentasse a cobertura populacional e promovesse a articulação intra e interinstitucional em sistemas hierarquizados e regionalizados de saúde. Assim, seriam desenvolvidas programações específicas para problemas básicos, levando-se em conta aspectos epidemiológicos e operacionais, que constituíram os Sub-Programas (ALMEIDA, 1990).

A V Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1975, foi, também, significativa, pois incluiu entre as doenças de vigilância epidemiológica, a tuberculose, tendo, como consequência, a criação de arquivos centrais estaduais para doença e um sistema próprio de notificação compulsória de casos.

Na década de 70, em decorrência da implementação das estratégias de padronização de esquemas terapêuticos; adoção de critérios de internação; integração do tratamento da tuberculose na estrutura técnico-administrativa das unidades sanitárias do País; da horizontalidade e abrangência das ações, dá-se a transferência de competência para os estados.

As modificações supracitadas que ocorreram na política de controle da tuberculose, reforçaram os convênios interinstitucionais, a partir de 1981, entre Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social/Secretarias Estaduais de Saúde, firmados na década de 70. Nesta década, além dos convênios específicos - nos estados do Espírito Santo, em 1972; Rio Grande do Sul e Ceará, em 1975; e Pará, em 1979 - e dos convênios globais firmados, a partir de 1975, com o Distrito Federal, os Territórios Federais e os estados do Acre e Rondônia, incluiu-se a tuberculose, de forma integrada, entre as demais ações de saúde.

Em virtude destas modificações, em 1981, foi assinado o Convênio INAMPS/Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, passando-se o controle da tuberculose para o referido estado. A descentralização do programa de tuberculose, esboçada na década de 70,

tem continuidade a partir da reorientação da política de saúde durante a década de 80, postas em práticas, primeiramente, pelo CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, AIS - Ações Integradas de Saúde e, posteriormente pelo SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

Assim, todas as unidades da Federação passaram a executar atividades de controle da tuberculose, segundo um programa unificado em seus critérios técnico-normativos e descentralizado em seus aspectos administrativos e operacionais.

Em 1981, tal como constava na lei que criou o Sistema Nacional de Saúde, em 1975, foi efetivado o ingresso do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no sistema unificado de casos de tuberculose. Segundo BERTOLOZZI (1991), com a participação do INAMPS, o número de casos notificados cresceu progressivamente, já que, até aquele momento, a maioria deles não passava pelo processo de notificação.

Em 1981, foi implantado, nos Serviços de Saúde, a quimioterapia de curta duração (seis meses), cujo início ocorrera em 1979, através da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) que sucedeu o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), a DNPS definiu novas normas instituindo o tratamento de curta duração. Conforme consta em BRASIL (1989), o esquema de curta duração tem maior eficácia e menor toxicidade, embora, o custo seja vinte vezes mais elevado que o anterior (12 meses). A implantação, no País, do esquema de curta duração, de forma pioneira no mundo, somente foi possível graças a uma política racionalizadora que, visando a redução das internações desnecessárias, as quais consumiam substancialmente os recursos disponíveis, permitiu maior disponibilidade de recursos financeiros para sua implantação.

Na década de 80, final do Governo Militar e início da Nova República, as ações para controle da tuberculose constavam do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), coordenado pela Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) do Ministério da Saúde (MS), com uma estrutura organizacional em três níveis: Nível Nacional, através da DNPS e sua representação na Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN); Nível Regional, permaneceu representado na área do Estado ou Território; Nível Local, constituído pelas unidades de saúde, prestadoras diretas de serviços à população.

Nas unidades básicas de saúde (nível local) estabelece o Ministério da Saúde, as seguintes atribuições: programar as atividades da unidade, seguindo o modelo da DNPS; executar as atividades programadas; registrar e remeter ao nível regional os dados estabelecidos pelas secretarias de saúde.

Conforme consta em BRASIL (1984), o conteúdo das ações/atividades deveriam ser feitas com base em diagnóstico que definisse: “a situação da doença na população para a qual serão programadas as ações; a população a ser coberta pelo programa; os recursos materiais, financeiros e humanos necessários para o desenvolvimentos das ações; a estrutura administrativa para a execução do programa”.

Em 1987, em pleno Governo da Nova República, foi definido o Programa de Prioridades Sociais, o qual reafirmava e ampliava as prioridades sociais do I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República - PND (1986-1989) (BRASIL, 1985). Entre estas prioridades destacam-se as metas de saúde, com referências à tuberculose, quando é mencionado o controle das doenças transmissíveis e das infecciosas respiratórias agudas.

No período do 1º PND da Nova República, precisamente no ano de 1987, um acontecimento na política de saúde representou uma interferência significativa na execução das ações básicas de controle da tuberculose, isto é, a implantação do SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. O decreto 94.657 de 20/7/1987, que promulgou a criação do SUDS, estabelece a competência entre as esferas do governo: a) União - encarregada de ações de caráter normativo, embora centralizasse a execução de alguns serviços; b) Estados - execução de alguns ações e serviços e a coordenação intermediária de alguns processos de planejamento e programação setorial e; c) Municípios - planejamento local e a execução efetiva dos serviços de saúde, excetuando-se aqueles ligados à produção de medicamentos, que seriam contemplados no âmbito estadual e federal (MÉDICI, 1995).

A implantação do SUDS permitiu que se realizasse um processo de mudança e adaptação nos serviços de saúde dos Estados, que se fez sentir também no nível da coordenação do Programa de Tuberculose; desde que passou a ocorrer o repasse de recursos financeiros da Previdência e da gestão de convênios com a medicina privada para as Secretarias Estaduais, o que levou a uma proposição política para a tuberculose no âmbito destas Secretarias.

Há especificidades nos Estados quanto à abrangência e organização dessas redes hierarquizadas. No Estado de São Paulo, a rede funcionava como uma organização hierarquizada, onde os Centros de Saúde Estaduais e Municipais constituíram uma rede básica de serviços de saúde, definida como a principal porta de entrada do sistema. Neste sentido, afirma JUNQUEIRA (1997), o SUDS significou um processo de parceria entre União e estados, ocorrendo de maneira privilegiada em São Paulo.

Em 1987, os Escritório Regionais de Saúde (ERSAS), em São Paulo, passaram a assumir a direção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de São Paulo, resultado da gerência unificada da Secretaria Estadual e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social em São Paulo (NEMES, 1993).

Em outros Estados, foram efetuados estudos pelas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) para definir a problemática de saúde, particularmente em relação à vigilância epidemiológica. Contudo, este processo de transição, sofreu irregularidade na distribuição de insumos, redução de treinamento para o pessoal técnico, dificuldades na supervisão e avaliação dos executantes do programa, além de problemas resultantes da falta de uma clara definição do papel das novas estruturas (BRASIL, 1989).

Em 1990, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), transformou-se em Sistema Único de Saúde (SUS). A lei 8.080, serviu como base para definir as diretrizes para a sua construção. Com o SUS, chegou ao ponto culminante, um dos pressupostos das várias iniciativas de mudança que aconteceram no setor saúde, a partir da década de 80, que foi a descentralização. Foi a partir desta década, que conforma-se um novo aparato estatal, inspirado em um novo modelo de saúde, que tem como pressupostos não apenas a descentralização, mas a universalização e a equidade.

Com base na lei supracitada, a competência do Programa de Controle da Tuberculose fica estabelecida em três níveis: Nível Nacional - representado pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, e seus Núcleos Macrorregionais, da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde; Nível estadual - representado pela Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose, das Secretarias Estaduais de Saúde; e Nível municipal, representado pela equipe de coordenação e execução do Programa de Controle da Tuberculose das Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 1995).

Segundo publicação do Ministério da Saúde (1995), para chegar às regiões do Brasil, o programa, deve ser contínuo, executado de acordo com as características particulares de cada região e integrando-se à estrutura da comunidade. Assim, a diretriz maior do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) continua a ser centrada na absorção de suas atividades pelas unidades gerais e elementares de saúde.

Em âmbito nacional, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT), sempre procurou atingir a totalidade da população brasileira com ações permanentes, hierarquizadas e padronizadas. Sendo a proposta acompanhada de ação integrada entre os diferentes níveis de governo, para acompanhamento dos avanços científicos, usando normas adequadas as características regionais (BRASIL, 1995).

O Programa de Controle da Tuberculose no Brasil, também procura preservar características centralizadas no plano normativo e descentralizadas no plano executivo, onde estão envolvidas a articulação entre os distintos níveis governamentais e a hierarquização das unidades de saúde contidas nos níveis locais.

Em relação as normas operacionais, propõe-se, atualmente, um programa de controle da tuberculose baseado no nível primário, que vale de técnicas simplificadas, ou seja, o diagnóstico é feito através de baciloscopia de escarro dos doentes que apresentem tosse com expectoração há mais de quatro semanas e tratamento (predominantemente ambulatorial) padronizado, com esquema terapêutico de curta duração, contando-se com apoio de um sistema de referência ágil, que permita o acesso dos casos mais complexos à investigação diagnóstica e tratamento adequado (PENNA, 1988).

Em síntese, no programa constam ações verticalizadas, específicas e permanentes, centradas no controle da tuberculose, isto é, envolvendo do ponto de vista médico, tratamento correto dos bacilíferos, permitindo que sejam anuladas rapidamente as maiores fontes de infecção. Portanto, o foco principal das ações do programa continua sendo a redução da transmissão ou do risco do contágio. Concomitantemente, a idéia subjacente ainda é a expressão da tuberculose como um risco sendo os doentes bacilíferos a representação de 'fontes de contágio e riscos para os demais indivíduos', conceitos gerados desde a descoberta do agente etiológico da doença (bacilo de Koch).

A forma de se diagnosticar e tratar a tuberculose no indivíduo articula-se dentro de um projeto de controle da tuberculose no coletivo, já que o efeito obtido será a soma dos efeitos obtidos em cada indivíduo (NEMES, 1993). Contrariamente aos regimes rigorosos e ao confinamento em sanatórios, surgem o controle através da vigilância epidemiológica, da busca dos novos casos e o tratamento quimioterápico.

A substituição de uma estratégia, isolamento em sanatórios, por outra, de busca ativa de casos, concretiza-se na medida em que, a descoberta e tratamento dos casos tem como alvo anular a transmissão do bacilo e diminuir a morbidade por esta doença. Desta forma, o tratamento de cada indivíduo deixa de ser um problema curativo e, portanto, individual, para se constituir em uma atividade preventiva contra novas infecções, passando a pertencer à esfera do coletivo (PENNA, 1988).

Segundo GONÇALVES (1994), “a clássica decisão de lutar contra a tuberculose através do controle das fontes de infecção, ou seja, dos doentes bacilíferos, mesmo tendo conhecimento da influência das condições de habitação e nutricionais sobre a prevalência da doença; tem relação com o fato de tratar-se de um objeto tomado em sua dimensão coletiva, nele apreendido, e é nela que ganha sentido a terapêutica individual que dadas as condições nutricionais dos doentes pode até ser eventualmente ineficaz neste nível individual, mas pretende-se que seja eficaz no nível coletivo, pelo corte da cadeia epidemiológica”.

Conforme PENNA (1988), o discurso da eliminação da transmissão, ou seja, da proteção dos inocentes (indivíduos não infectados), da proteção do corpo social contra o flagelo da tuberculose (a circulação do bacilo), foi necessário para justificar a atenção pública ao doente, a atenção do Estado, da Saúde Pública. Este discurso, segundo a autora, permite colocar como inocente não o doente e sim o indivíduo que pode ser infectado por ele. E, ainda, o doente é o perigoso, o infectante, seja conhecido ou não. Sob o ponto de vista epidemiológico, ‘o tuberculoso morto é o mesmo que um curado, salvo por problemas humanitários’, conclui a autora.

Consideramos que, ainda é o medo do contágio que determina as medidas de intervenção, tal como ocorreu no passado, quando internavam-se os tuberculosos em

sanatórios, não para serem curados, mas para isolá-los da sociedade, rompendo-se, desta forma a cadeia de transmissão da doença.

Com o agravante da declaração, da Organização Mundial da Saúde, em 1992, colocando a tuberculose em 'estado de urgência' em todo o mundo. E, ainda, diante da perspectiva de aumento do número de casos (decorrentes de sua ligação com a epidemia de AIDS), e da possibilidade do aparecimento de cepas resistentes às drogas usuais (devido a tratamentos inadequados ou incompletos), efetuou-se a realização de uma revisão e atualização de normas técnicas, incorporando-se os avanços na profilaxia terapêutica.

Em julho de 1994, a pedido do Ministério da Saúde, o PCNT foi submetido a avaliação de peritos nacionais e internacionais. Em agosto do mesmo ano foi elaborado o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, com as seguintes metas: "100% dos municípios tenham ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose, 80% dos centros de saúde desenvolvam estas ações, 90% dos casos existentes sejam diagnosticados e, 85% dos casos tratados, sejam curados" (BRASIL, 1995).

A reavaliação do PNCT não mudou a estratégia de prevenção da doença, ou seja, a cura de casos bacilíferos continua sendo a melhor prevenção da tuberculose. Existe, ainda, a iminente possibilidade da redução do problema da tuberculose através de um programa efetivo de diagnóstico e tratamento, até mesmo em populações com alta prevalência de infecção pelo HIV (BRASIL, 1995).

Hoje, em virtude dos resultados do programa de controle da tuberculose, verifica-se que, os avanços no conhecimento da doença e a tecnologia disponível para seu controle, não foram suficientes para reduzir significativamente a morbidade, o que pode ser comprovado pelos dados epidemiológicos do País.

### 3. O CENÁRIO DA PESQUISA

#### 3.1. Ambulatório de Tisiologia

O Ambulatório de Tisiologia, situado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - São Paulo, constituiu-se no cenário do nosso trabalho, a medida que nele realizamos observações sobre o atendimento médico, entrevistamos os profissionais de saúde e parcela da clientela ali atendida. Trata-se de um Ambulatório, cujo funcionamento está a cargo do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

O Ambulatório situa-se na mesma ala onde estão localizados outros ambulatórios do Hospital das Clínicas. Internamente é dividido em várias salas, cozinha e banheiro. Uma das salas pertence à enfermagem e a outra serve como porta de entrada, onde ficam as atendentes de enfermagem que recebem a clientela. As demais salas são destinadas aos consultórios, cada um possui maca, mesa e cadeiras, nos quais é realizado o atendimento clínico. Há, também, um salão com mesa e cadeiras (sala de reuniões), onde se reúnem os docentes para discutir os casos de tuberculose com os médicos residentes e internos. Neste local há cartazes relativos à doença, tratamento e cura. No corredor do Ambulatório encontram-se um banco e uma balança. Na parte externa há um espaço que funciona como 'sala de espera', mobiliado com cadeiras.

A equipe do ambulatório constituía-se de cinco docentes, quatro residentes, e em torno de oito internos (estudantes do sexto ano de Medicina); uma enfermeira (com curso superior) responsável pelo Ambulatório - Enfermeira do Quadrante, e duas atendentes de enfermagem; uma assistente social e uma estagiária de Serviço Social. Conforme a demanda, eram convocadas outras enfermeiras (também com curso superior) de outros ambulatórios.

A organização do trabalho médico ambulatorial consistia-se de: atendimento clínico realizado por médicos residentes ou internos. Ao médico docente cabia discutir e acompanhar os casos clínicos com estes profissionais. Tal organização de trabalho integra-se ao modelo de hospital universitário

Na prática médica dos profissionais do Ambulatório de Tisiologia, não eram cumpridas todas as estratégias de ação e de controle da doença, normatizadas e padronizadas pelo Programa de Controle da Tuberculose: constituídas de um conjunto de ações, diagnóstico, tratamento e prevenção (busca de casos, quimioprofilaxia, e vacinação BCG), mas apenas algumas destas ações. Em outros termos, eram efetivadas, exclusivamente, as ações de cura de casos de tuberculose (pulmonar e extrapulmonar) e a descoberta precoce de casos, mediante o exame de comunicantes.

Na cura de cada caso descoberto são utilizados: a tecnologia médica e a distribuição gratuita de medicamentos, para que todo indivíduo com diagnóstico de tuberculose seja adequadamente tratado.

No trabalho de cura, foram questionadas pelos residentes: a falta de preparação dos internos para orientar os doentes e a rotatividade no atendimento curativo individual (não é facultado ao paciente a escolha do médico consultante). Estes questionamentos sugerem que tais situações influam no sucesso do tratamento, suscitando, também, reflexões em relação a estrutura organizacional do Ambulatório.

Outra ação, desenvolvida no Ambulatório e que consta do programa de tuberculose, é a descoberta precoce de casos, isto é, o encaminhamento dos comunicantes de casos de tuberculose. Esta ação acontece na pós-consulta, e é ressaltado por médicos e enfermeiras, não por encaminhar os comunicantes de tuberculose para exames, mas por intensificar esforços para aumentar a adesão dos pacientes ao cumprimento adequado do tratamento, seja através de orientações ou pela forma como a clientela é atendida.

Ao nosso ver, as práticas de saúde, desenvolvidas no Ambulatório, estavam associadas ao caráter médico-biológico da tuberculose, na qual está presente a concepção de controle da doença por meios de ações pertinentes à área médica. Demonstrando acreditar

que há impacto destas medidas na circulação do bacilo e na redução da morbidade, os médicos evitaram, portanto, questionar qual o impacto real das ações supracitadas.

Assim, a estratégia utilizada pelos médicos do Ambulatório, normatizada e padronizada, corroboram para debelar o processo infeccioso, cuja consequência, é a cura dos casos tratados e a interrupção da cadeia de transmissão da doença.

Consideramos importante ressaltar que, num tratamento longo e complexo como é o da tuberculose, que é acompanhado de sérios problemas sociais, verificamos o uso marginal da visita domiciliar. Tal fato, ocorre no Ambulatório, segundo as enfermeiras, devido a falta de recursos humanos e materiais.

Esse trabalho de certa forma contribui para a cura e para o controle da doença, se considerarmos os casos em que ocorreram a interrupção precoce do tratamento. Segundo OLIVEIRA (1991), essas ações são fundamentais na organização de um programa de controle de tuberculose, sendo importante que elas também atinjam os 'falsos latentes' (grupos de pacientes com maior probabilidade de não-aderência, como por exemplo, os alcoólatras), visto que, continuam sendo vistos, pelos médicos, como fontes de contágio, pois a cadeia de transmissão da doença permaneceu.

### **3.2. Consulta médica e pós-consulta**

A clientela, que recebe assistência no Ambulatório de Tisiologia, é usualmente encaminhada pelos postos e centros de saúde da rede básica de Campinas (São Paulo) e região, Pronto Socorro e por especialidades médicas do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Com o diagnóstico feito pelo médico, o doente é recebido no Ambulatório, que funciona todas as manhãs das sextas-feiras para atendimento aos casos de tuberculose. Ao chegar, o paciente é recebido pela atendente de enfermagem, que providencia sua pesagem,

anota o resultado em sua pasta e localiza o Raio X, o qual é colocado junto ao prontuário. Após, é realizada a consulta médica, que acontece de acordo com a ordem de chegada dos pacientes.

A consulta médica era mensal, sendo que, em cada uma o doente era atendido por diferentes clínicos (médico interno, residente ou contratado). Este fato se repetia durante todo o período de tratamento. Tal rotina está de acordo com os processos administrativos previamente estabelecidos na organização do referido Ambulatório.

A média de consultas, marcadas no Ambulatório, era de doze a quinze. A média de consultas que não se realizavam era de duas devido, ao não comparecimento dos clientes.

A consulta durava em torno de trinta minutos. Este tempo de permanência no consultório não significava, necessariamente, longas conversas entre as duas partes. Na realidade, o maior ou menor dispêndio de tempo na consulta decorria da natureza do caso de tuberculose, isto é, 'menos' ou 'mais' complicado clinicamente, segundo os médicos.

Tais casos eram discutidos pelos docentes que orientavam os residentes ou os internos sobre a terapêutica mais adequada. As discussões aconteciam na sala de reunião do Ambulatório, enquanto o paciente permanecia na sala de consulta, aguardando o retorno do médico.

Na maioria das vezes, no transcorrer das consultas, os médicos falavam pouco sobre a doença. Em geral, informavam o diagnóstico e as formas de contágio; prescreviam o tratamento, explicando sobre sua importância e como deveriam ser tomados os medicamentos.

A grande parte dos internos pouco conversavam com os doentes. O atendimento realizava-se praticamente sem diálogo: apenas algumas perguntas eram formuladas aos doentes, o que os deixava mais angustiados.

Em contrapartida, quando eram os residentes que prestavam o atendimento, estabelecia-se uma relação na qual havia espaço para conversas descontraídas. Tal ocorria em virtude de uma postura mais informal, que objetivava facilitar o acesso da clientela ao Serviço. Ao saírem do consultório, os doentes mostravam-se mais confiantes e tranquilos. Presenciamos muitas vezes, alguns deles dizerem que gostariam de uma consulta com

determinado médico, citando-o nominalmente, sendo que, muitos ficavam decepcionados por serem atendidos por outros profissionais. Havia um paciente, considerado 'difícil' pelos profissionais, por ser alcoólatra e ter antecedentes de abandono de tratamento e que se recusava a consultar com outro médico, que não aquele que ele próprio determinara.

Na consulta médica, há papéis sociais definidos, falas e ações que possuem significados num contexto social que pode ser considerado como um 'drama social', no mesmo sentido empregado por GOFFMAN (1985), isto é, da perspectiva interativa. O indivíduo e a sociedade estão estreitamente inter-relacionados e, a subjetividade do comportamento humano é uma parte necessária no processo de formação e manutenção dinâmica do 'self' social e do grupo social (FERREIRA, 1993).

Desta forma, a consulta médica pode ser comparada a uma peça de teatro, visto que possui dois atores, o paciente e o médico, cada um com seu papel e posição definidos, ditados pelas regras sociais, em que falas e gestos estão de acordo com comportamentos específicos. Assim, é possível interpretá-la como "um espaço de interação simbólico, uma vez que, segundo esta perspectiva, o comportamento humano envolve não somente uma resposta direta às atividades, mas também uma resposta às intenções dos outros" (FERREIRA, 1993). Neste sentido, os gestos passam a ter um significado comum, sendo compartilhados com o outro.

Vista desta forma, a consulta é um momento em que os códigos do paciente e do médico se defrontam. O paciente preencherá um determinado espaço em relação ao médico, falando a respeito dos sintomas. Ao ser indagado, responderá àquele que o examinar, assim como, submeter-se-á a exames físicos. Da parte do médico, logo de início tentará obter informações para o diagnóstico, dentre elas, observações sobre a linguagem, modos de andar e de vestir. Essas observações intrapessoais fazem parte da atividade médica para que a relação atinja um dos seus objetivos o diagnóstico.

Conforme FERREIRA (1993), a cena da consulta tem outros espaços e tempos: preparação do paciente, que se inicia com os cuidados com o corpo (higiene), até a escolha da roupa mais adequada, elaboração mental das queixas que apresentará ao médico e finaliza, com sua ida ao consultório, onde aguardará ser atendido. Assim, a consulta médica

é caracterizada por etapas, que vão desde o momento em que o indivíduo entra no consultório, apresenta seu problema ao médico, e este interpreta as mensagens verbais e físicas, até a definição do diagnóstico e do tratamento.

Nessa etapa, que antecede sua entrada no consultório, observamos uma visível impaciência de vários doentes pela demora em serem consultados, visto que, a maioria chegava antes das sete horas e aguardavam até três ou quatro horas para serem atendidos.

Enquanto permaneciam na sala de espera, os tuberculosos conversavam entre si, trocavam informações sobre a doença, médicos, Ambulatório, diagnóstico e tratamento. Invariavelmente elogiavam os médicos, as enfermeiras e as assistentes sociais. Este era o momento em que compartilhavam, também, informações e ansiedades, antes de passar ao momento principal: a consulta médica.

Logo após a consulta, dirigiam-se até a farmácia do Hospital, para a retirada gratuita dos medicamentos, mediante apresentação da receita, retornando, em seguida, ao Ambulatório para a pós-consulta.

Na pós-consulta da enfermagem, recebiam encaminhamento para avaliação epidemiológica dos comunicantes (parentes ou não, que coabitam com o tuberculoso) em outras unidades de saúde, geralmente as mais próximas de suas residências. Desta forma, delegava-se o exame - uma ação preventiva, aos serviços de saúde de nível primário da rede. A realização do exame era cobrada pela enfermeira e, quando efetuado, o doente trazia o(s) resultado(s) e o(s) entregava a ela. Sendo positivo o resultado, a enfermeira, então, informava ao tuberculoso, para que fosse iniciado o tratamento do comunicante. Tal tratamento podia ser feito no próprio Ambulatório ou em outro serviço de saúde. Esta decisão era tomada pelo comunicante (atual doente). Entre os comunicantes de tuberculose, são considerados pelos médicos, os de maior risco de adoecimento, aqueles comunicantes dos doentes bacilíferos em razão do iminente perigo do contágio.

Na pós-consulta da enfermagem (que ocorria em uma das salas do Ambulatório) também eram transmitidas outras orientações e reforçadas aquelas já recebidas na consulta médica, sendo, também, conferidos os remédios.

A orientação tinha um caráter individual, era dada basicamente, pela comunicação verbal, quando a clientela estava presente no Ambulatório, sob o domínio do saber e poder médico.

O atendimento do serviço social na pós-consulta constava de: entrevistas individuais com os doentes (levantamento da situação sócio-econômica), esclarecimentos sobre os direitos sociais do usuário e sua família junto aos órgãos previdenciários e encaminhamentos quando necessário. O Serviço Social convocava, também, por carta ou telefone, os pacientes faltosos.

Neste atendimento (que acontecia na sala da enfermagem do Ambulatório) eram também fornecidos ao tuberculoso em precária condição sócio-econômica, vale transporte e um vale-café da manhã (um copo de leite com café e um pão com manteiga), aceito por uma das cantinas do campus da UNICAMP, especificamente, aquela situada em frente do Hospital de Clínicas.

A clientela, atendida no Ambulatório, é composta por pessoas com poucos recursos econômicos, uma vez que, grande parcela vem para o Ambulatório em jejum e está impossibilitada de pagar um lanche ou uma refeição e muitos não podem custear a passagem do transporte coletivo. De acordo com as nossas observações, aproximadamente 90% dos pacientes recebiam esta 'ajuda'.

Para outro tipo de clientela, tal 'ajuda' poderia nada valer, mas para os 'carentes' significava muito, tomar o café da manhã, e ter a garantia da volta para casa, assim como a do retorno para a próxima consulta, continuando o tratamento quimioterápico. Assim, a clientela tratada no Ambulatório constitui-se, basicamente, dos dependentes do Sistema Único de Saúde e que têm um baixo nível sócio-econômico.

### 3.3. Características da clientela

O Ambulatório de Tisiologia, atende uma clientela oriunda dos serviços de saúde da região de Campinas e cidades vizinhas.

A clientela que se tornou objeto de nossa pesquisa qualitativa, foi aleatoriamente selecionada segundo, o critério de apresentar diagnóstico de tuberculose pulmonar. Foram incluídos, neste estudo, o total de 36 indivíduos, sendo que destes 17 eram do sexo feminino e 19, do masculino. Os doentes entrevistados foram classificados em dois grupos: alta por abandono de tratamento e por cura ( Tabela 1).

TABELA 1: Distribuição dos Pacientes - segundo Sexo e Categoria de Alta - Cura e Abandono

Sexo	Alta por Cura		Alta por Abandono		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	8	44,4	11	61,1	19	52,8
Feminino	10	55,6	7	38,9	17	47,2
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Na comparação por alta, constatou-se que, o número de mulheres (55,6%) que obtiveram alta por cura foi maior em relação aos homens (44,4%). Esse dado está em conformidade com vários estudos de demanda ambulatorial. O maior número de mulheres com alta por cura, parece estar associado aos efeitos da divisão social do trabalho: algumas são donas de casa, dispondo de tempo para as consultas. A isto alia-se ao fato da mulher, em nossa sociedade, ser responsável pela saúde dos filhos e por ser estar mais atenta aos sintomas em geral. Conforme FERREIRA (1993), a mulher é, também, mais propícia a cuidados médicos que envolvam gravidez ou atendimento ginecológico.

Quanto ao estado civil, verificou-se que, 69,4% dos doentes entrevistados eram casados; 11,1% separados; 11,1% solteiros; e 8,3% viúvos. Declararam-se como chefes de família todos os separados e 30,5 % dos casados.

Quanto à faixa etária (Tabela 2), a maior concentração de doentes encontrava-se na faixa de 20-24 anos (25%), seguidas de 25-29 e 30-34 anos (19,4%). A faixa etária, predominante para os homens, foi a de 30 a 34 anos (21%) enquanto para as mulheres, foi a de 20 a 24 anos (35,6%). Quando se visualiza o conjunto de homens e mulheres, tuberculosos, verifica-se que, o maior número de pessoas encontrava-se na faixa de 20 a 34 anos (63,8%). Este dado significa que a tuberculose atinge a população economicamente ativa.

**TABELA 2:** Distribuição dos Pacientes - Alta por Cura (AC) e Alta por Abandono (AA) - segundo a faixa etária e sexo

Sexo	Masculino				Feminino				TOTAL	
	AC		AA		AC		AA		No.	%
Faixa Etária	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
20 - 24	2	10,5	1	5,3	3	17,6	3	17,6	9	25,0
25 - 29	1	5,3	1	5,3	3	17,6	2	11,7	7	19,4
30 - 34	-	-	4	21	1	5,9	2	11,7	7	19,4
35 - 39	-	-	1	5,3	-	-	-	-	1	2,8
40 - 44	1	5,3	2	10,5	1	5,9	-	-	4	11,1
45 - 49	1	5,3	-	-	1	5,9	-	-	2	5,6
50 - 54	1	5,3	1	5,3	1	5,9	-	-	3	8,3
55 - 59	1	5,3	-	-	-	-	-	-	1	2,8
60e+	1	5,3	1	5,3	-	-	-	-	2	5,6
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>42,0</b>	<b>11</b>	<b>58,0</b>	<b>10</b>	<b>59,0</b>	<b>7</b>	<b>41,0</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

O nível de rendimento da clientela oscilou entre 0 a 7 salários mínimos (S.M.). A renda familiar mensal, de 77,6% dos entrevistados, era menor que 5 salários mínimos (Tabela 3). Foi verificado que, dos 16,6% que receberam 1 salário mínimo, uma pessoa (2,7%), referiu ser beneficiária do projeto 'Renda Mínima', da Prefeitura Municipal de Campinas - São Paulo. Tal projeto auxilia famílias carentes. Havia, uma pessoa que referiu não ter nenhum rendimento mensal, por encontrar-se desempregada e não ter condições físicas de fazer 'bicos'.

**TABELA 3:** Distribuição dos Pacientes por Categoria de Alta - Alta por Cura e Alta por Abandono - segundo os rendimentos mensais

Rendimento Mensal (S. M.) <sup>*</sup>	Alta por Cura		Alta por Abandono		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0	-	-	1	5,5	1	2,8
1	3	16,6	3	16,6	6	16,6
2	3	16,6	4	22,2	7	19,4
3	3	16,6	3	16,6	6	16,6
4	4	22,2	5	27,7	9	25,0
5	3	16,6	2	11,1	5	13,8
6	1	5,5	-	-	1	2,8
7	1	5,5	-	-	1	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

(\*) O salário mínimo, no estado de São Paulo, no período de outubro/1995 a fevereiro/1996 estava em torno de 100 Reais.

Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que, 69,4% possuíam o 1º grau incompleto (Tabela 4). Analisando-se estes números, por categoria de alta, observa-se, na alta por cura, pessoas com o 2º grau incompleto (5,5%) e completo (5,5%), além do 3º grau

incompleto (5,5%). Entretanto, foram encontrados mais analfabetos (27,8%) nesta categoria de alta quando comparada a de alta por abandono (11,1%).

TABELA 4: Distribuição dos Pacientes – Alta por Cura (AC) e Alta por Abandono (AA) – segundo grau de escolaridade

Grau de Escolaridade	AC		AA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1º Grau Incompleto	10	55,5	15	83,3	25	69,4
1º Grau Completo	-	-	1	5,5	1	2,8
2º Grau Incompleto	1	5,5	-	-	1	2,8
2º Grau Completo	1	5,5	-	-	1	2,8
3º Grau Incompleto	1	5,5	-	-	1	2,8
Analfabeto	5	27,8	2	11,1	7	19,4
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Quanto ao vínculo empregatício (Tabela 5), 47,2% referiram estar empregados, com atividade remunerada, sendo que, 13,8% sem contrato formal de trabalho. Encontravam-se desempregados 33,3%, destes, 11% faziam trabalhos esporádicos ou 'bicos' nos finais de semana.

TABELA 5: Distribuição dos Pacientes - Alta por Cura (AC) e Alta por Abandono (AA) - segundo tipo de vínculo empregatício

Tipo de Vínculo Empregatício	AC		AA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Empregados	12	66,7	5	27,7	17	47,2
Desempregados	1	5,5	11	61,1	12	33,3
Donas de Casa	4	22,2	-	-	4	11,1
Aposentados	1	5,5	2	11,1	3	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Em relação ao tipo de propriedade (Tabela 6), 41,7% referiram possuir casa própria quitada; 22,2%, não-quitada; 30,5%, alugada e cedida, 5,5%. De acordo com nossas observações *in loco*, 40% das casas estavam em construção e 21% sem acabamento final, 33,3% localizavam-se em favelas, com esgoto não canalizado, próximo às casas.

**TABELA 6:** Distribuição dos Pacientes - Alta por Cura (AC) e Alta por Abandono (AA) - segundo a condição de propriedade de domicílio

Tipo de Propriedade	AC		AA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Própria Quitada	11	61,1	4	22,2	15	41,7
Própria Não-Quitada	2	11,1	6	33,3	8	22,2
Alugada	4	22,2	7	38,8	11	30,5
Cedida	1	5,5	1	5,5	2	5,5
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Em relação, a ocupação verificou-se o que se segue (Tabela 7). Da clientela entrevistada, 63,9% eram considerados no processo produtivo como mão de obra pouco qualificada (ou sem profissão definida ou ainda não reconhecida); seguida das profissões qualificadas: pedreiro (2,8%), despachante (2,8%), marceneiro (2,8%), metalúrgico (2,8%); e sem nenhuma qualificação (8,3%). Observou-se que, entre os entrevistados alguns exerciam profissões semiqualificadas, ligadas aos setores alimentares tais como analista de leite (2,8%), feirante (2,8%), açougueiro (2,8%), além de atividades relacionadas aos serviços hospitalares: auxiliar de enfermagem (2,8%), copeira de hospital (2,8%), e atendente de enfermagem (2,8%). Vale registrar que, não foi encontrado nenhum estudante entre a clientela pesquisada.

TABELA 7: Distribuição dos Pacientes - Alta por Cura (AC) e Alta por Abandono (AA) - segundo tipo de ocupação

Ocupação	AC		AA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
DONA DE CASA	4	22,2	-	-	4	11,1
EMPREGADA DOMÉSTICA	2	11,1	3	16,6	5	13,8
AUXILIAR DE LIMPEZA	1	5,5	-	-	1	2,8
PEDREIRO	1	5,5	2	11,1	3	8,3
FERREIRO ARMADOR	-	-	1	5,5	1	2,8
SERVIÇOS GERAIS	2	11,1	-	-	2	5,5
MOTORISTA	-	-	2	11,1	2	5,5
AUXILIAR DE MOTORISTA	-	-	1	5,5	1	2,8
MARCENEIRO	1	5,5	-	-	1	2,8
METALÚRGICO	1	5,5	-	-	1	2,8
MONTADOR-CADEIRAS	-	-	1	5,5	1	2,8
DESPACHANTE	-	-	1	5,5	1	2,8
VENDEDORA (COSMÉTICOS)	-	-	1	5,5	1	2,8
AJUDANTE GERAL	1	5,5	-	-	1	2,8
AUXILIAR DE REFRIGERAÇÃO	1	5,5	-	-	1	2,8
VENDEDOR AMBULANTE	1	5,5	-	-	1	2,8
ANALISTA DE LEITE	1	5,5	-	-	1	2,8
FEIRANTE	1	5,5	-	-	1	2,8
AÇOUGUEIRO	-	-	1	5,5	1	2,8
COPEIRA-HOSPITAL	1	5,5	-	-	1	2,8
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	-	-	1	5,5	1	2,8
SEM PROFISSÃO	-	-	3	16,6	3	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Os dados que compuseram o perfil da clientela, no presente estudo, revelam-se preocupantes. E, quando associados formação profissional e grau de escolaridade, a situação se agrava, pois, ao ingressarem no mercado de trabalho, estão em desvantagem na disputa por um emprego com salários melhores e quanto à possibilidade de crescimento profissional.

A análise dos dados sugere que, o cotidiano dos doentes entrevistados, oriundos das classes populares, é difícil, com obstáculos de ordem social, econômica e cultural, o que lhes dificulta ter uma vida mais digna, com mais conforto, alimentação mais adequada e lazer. Adicionam-se a isto, os problemas relacionados ao alcoolismo e ao uso de drogas. Neste contexto sócio-econômico, a doença torna-se geradora de mais dificuldades, a serem enfrentadas e vencidas em superação da própria tuberculose.

Consideramos que, os problemas oriundos da questão sócio-econômica extrapolam o campo médico, sendo que, sua resolução depende de políticas sociais que, por sua vez, estão sujeitas ao arbítrio do Governo. Assim, a perspectiva de mudança de vida dos doentes com tal perfil sócio-econômico nos parece distante.

## CAPÍTULO II

### O DISCURSO DOS MÉDICOS

#### 1. A TUBERCULOSE

Os médicos docentes e residentes, do Ambulatório de Tisiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, definem a tuberculose como uma doença causada pela ação de um intruso patogênico, o agente infeccioso, *Mycobacterium tuberculosis*, que se manifesta no corpo lesando determinados órgãos. A tuberculose, é conceituada como algo exógeno que vem de fora para dentro do corpo do doente.

BRASIL (1992a) descreve a forma de adoecer a partir da visão da doença como ataque-defesa: “os bacilos vencendo as defesas da árvore respiratória, localizam-se nos alvéolos da periferia pulmonar...(…) no início da terceira semana, o organismo normal, reconhecendo a presença de elemento estranho, é capaz de mobilizar seu sistema de defesa imunológico específico, acontecendo a luta hospedeiro-invasor, visando à destruição ou inativação do agente agressor”.

Esta descrição é oriunda da Medicina das especificidades. O especificismo etiológico, surgiu como um dos pilares do pensamento médico de hoje: o ser da doença, provocando lesões e se traduzindo por sintomas, tem sempre uma causa precisa. Assim, o especificismo busca descobrir a origem do mal e a encontra no exterior do corpo, em uma entidade patogênica (LAPLANTINE, 1991).

Conforme LAPLANTINE (1991), os trabalhos\* de \*DAVAINE (1863) e

---

\* DAVAINÉ; KOCH; NEISSER; EBERTH; HANSEN; NICOLAIER; SCHAUDINN apud LAPLANTINE, F. - *Antropologia da Doença*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

\*KOCH (1876) sobre os carbúnculos, de \*NEISSER (1879) sobre a gonorréia, de \*EBERTH (1880) sobre a febre tifóide, \*HANSEN sobre a lepra (1880), de \*NICOLAIER (1884) sobre o tétano, de \*SCHAUDINN (1905) sobre a sífilis; e de \*KOCH (1882, 1884) sobre a tuberculose e o cólera, tendem a demonstrar que as causas da doença devem ser procuradas na penetração de um elemento intruso - etiologia infecciosa de natureza bacteriana, microbiana, parasitária, bacilar, virótica - em um organismo receptor.

Ainda, segundo LAPLANTINE (1991), o modelo que vai acabar por se impor pode então, ser qualificado de microbiologismo integral, ou seja, "de explicação etiológica unívoca por microrganismo patogênicos, provenientes do exterior e que infectam indivíduos que antes se encontravam em perfeita da saúde".

Desta perspectiva, a descrição da doença através do bacilo marca o seu paradigma bacteriológico explicativo, que se manteve, ao longo do tempo, de forma hegemônica, apresentando uma concepção de tuberculose causada por uma micobactéria.

"(...) Ao se pensar na tuberculose, temos que pensar no bacilo, onde nós temos a sua transmissão e, certamente, o contágio pelo bacilo ..."  
(Médico-Docente)

A tuberculose, para os médicos entrevistados, é uma típica enfermidade infecto-contagiosa, produzida pelo bacilo de Koch.

(..) O conceito da tuberculose é aquele referente à doença infecciosa, transmissível e contagiosa. Acomete principalmente o pulmão do paciente. Esta é a forma mais comum da doença, a *tuberculose pulmonar*.  
(Médico - Residente, R3)

"(...) A tuberculose é uma doença infecciosa que ataca principalmente o pulmão. É neste órgão que os bacilos de Koch se desenvolvem e disseminam...." (Médico- Residente, R2)

Segundo BRASIL (1992a), os casos da doença mais frequentes e com maior repercussão epidemiológica são os de tuberculose pulmonar, especialmente aqueles

positivos ao exame direto de escarro, isto porque a partir destes casos se dá a transmissão da infecção, reiniciando-se o ciclo (não-infectados, primo-infectados, doentes primários, pós-primários, doentes crônicos). Outrossim, a micobactéria pode ter localização extrapulmonar (pleural, miliar, ganglionar, menígea, renal, vias genitais, ósseas e outras), conseqüentes à bacteremia.

Conforme depoimentos anteriores, a tuberculose é uma enfermidade conceituada no espaço do corpo, com um processo patológico situado no nível dos órgãos. Portanto, existe a idéia de uma determinação tanto do órgão que sofre (o pulmão); quanto da explicação de como este órgão se tornou sede da doença, processo gerado a partir do contato com os bacilos.

Tal conceito vai ao encontro da definição da doença como sendo “um conjunto de formas ou deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou deformados, que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo” (FOUCAULT, 1980).

Assim, a interpretação da tuberculose, baseada no modelo biomédico de doença, enquanto alteração anatômica, vai explicá-la nos limites da lesão anatomopatológica.

Segundo LAPLANTINE (1991), o anatomismo (ou solidismo) e a anatomopatologia, constituintes da Medicina das lesões, colocam a abordagem médica centrada nos ‘danos orgânicos’. Conforme o autor, foi através dos trabalhos de \*MORGANI, que começa a relacionar sobre bases experimentais os sintomas clínicos com as lesões orgânicas, mostrando que cada alteração funcional, que se traduz por uma expressão sintomática, corresponde necessariamente a uma alteração orgânica.

Os danos orgânicos, causados pela tuberculose, podem ocorrer no início do tratamento, quando o quadro já se encontra em estágio avançado, quanto no final, onde se tem a cura bacteriológica com apresentação de seqüelas. Esta foi a forma de conceituá-la, apresentada por um dos médicos. Ele se utilizou do termo ‘destruído’ para marcar sua concepção.

---

\* MORGANI, apud LAPLANTINE, F. - *Antropologia da Doença*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

"...na minha prática clínica, tenho observado que os pacientes jovens demoram para vir ao Ambulatório. Quando vêm, o pulmão já está destruído por causa da tuberculose..." (Médico-Docente)

Outro médico, define a tuberculose como uma doença grave, especialmente a forma miliar. Somando-se a este conceito, há a idéia do processo patológico, que provoca lesão em algum órgão específico ou em vários.

"... A gente lembra sempre da tuberculose miliar, porque ela é uma forma grave da doença e a mais freqüente. Já vi alguns casos, aqui no Ambulatório. Em alguns, o paciente pode desenvolver uma meningite. Para se ter uma idéia, em casos como da *t<sub>b</sub>* miliar, os pulmões se mostram cheios de pequenas lesões e, também, os outros órgãos do paciente são atacados por lesões do mesmo tipo. A gente diz que a tuberculose miliar se parece com 'grãos de milho'. É um jeito de descrever a doença..." (Médico - Residente, R2).

Assim, a tuberculose miliar se constitui numa forma grave da doença, face ao acometimento sistêmico, com quadro tóxico infeccioso importante e grande risco de meningite (BRASIL, 1992a).

A tuberculose também foi caracterizada como enfermidade que lesa órgãos, porém desta vez, a referência é a forma pulmonar.

".... a tuberculose é uma doença que lesa alguns órgãos, principalmente, o pulmão, no caso da *t<sub>b</sub>* pulmonar. Nós temos outros tipos de tuberculose, mas este é um exemplo que preferimos citar, porque é o mais encontrado entre os nossos pacientes. A tuberculose está sempre transmitindo e lesando, não mata o hospedeiro e sim paralisa-o lentamente.." (Médico-Residente, R3)

A tuberculose foi dimensionada quanto à terapêutica, isto é, uma enfermidade grave, porém, curável, desde que seguidas as orientações e prescrições médicas. Na visão dos entrevistados, sabe-se muito sobre ela, uma vez que, a ciência domina conhecimentos em relação ao agente etiológico, mecanismos de transmissão, clínica, prevenção e tratamento.

O tratamento de tuberculose é comprovado mundialmente como eficaz. Este modelo terapêutico corresponde àquele que extrai o que entrou, isto é, combate-se o que é considerado como uma entidade inimiga e estranha ao doente (bacilo de Koch). Deste modo, o doente tornar-se o lugar de encontro acidental entre forças de intensidade variável, sendo que a intervenção quimioterápica deverá ser mais poderosa que a infecção microbiana (LAPLANTINE, 1991).

Um dos entrevistados, ressaltou que a tuberculose, embora curável (do ponto de vista da Medicina e dos médicos), se não for diagnosticada e tratada adequadamente (nos casos em que houver algum tipo de 'falha'), poderá levar a óbito. Como exemplo, citou a falta no mercado farmacológico, na década de 80, dos chamados 'remédios novos', o que acabou provocando a morte de um de seus pacientes.

De maneira geral, o modelo de enfermidade, apresentado pelos entrevistados, está centrado na visão ontológica da doença como um mal. Tal visão pode ser visualizada na teoria microbiana de Pasteur, Koch e Klebs, no final do século XIX, fundamentação científica de toda uma reorganização da Clínica, enquanto modelo de intervenção no corpo individual. Ou, ainda, na primeira fase do desenvolvimento da Epidemiologia, cujo objetivo fundamental não era, como na clínica, a eliminação do agente causal ao interior do organismo do paciente e sim a interrupção e controle dos veículos de transmissão do 'mal' representado pelas epidemias, objeto da antiga Polícia Sanitária, e ainda presente na Saúde Pública.

Além disto, os entrevistados concebem a tuberculose como algo externo (o bacilo de Koch), o que vai ao encontro, novamente, da visão ontológica (ou parte dessa visão), na qual o normal e o patológico são pensados como 'alguma coisa em algum lugar', e a doença, representada como uma entidade inimiga e estranha (LAPLANTINE, 1991). Entretanto, mescla-se, na prática médica ambulatorial, a concepção microbiana da doença, com perspectiva clínica centrada na Medicina da patologia, disfunções orgânicas, sinais, lesões e sintomas.

## 2. CAUSAS DA TUBERCULOSE

Segundos os médicos entrevistados, o bacilo é importante e determinante no acometimento da tuberculose, contudo, associam sua transmissão a circunstâncias sócio-econômicas e ambientais que podem intervir, na medida em que, facilita ou dificulta a disseminação da doença.

Nesse sentido, o social é identificado nas condições sócio-econômicas depauperadas da clientela e constituem para eles, ao mesmo tempo um fator determinante na patologia e coadjuvante na transmissão do bacilo. Assim, tratam a tuberculose como uma enfermidade associada à condição de 'carência', (material e simbólica), dos indivíduos desprovidos socialmente, isto é, submetidos a múltiplas privações.

"(...) A sua transmissão vai depender basicamente das condições sócio-econômicas do paciente ... em termos individuais é o próprio bacilo o principal. Para efeitos epidemiológicos, as condições sócio-econômicas são mais importantes até que o próprio bacilo de Koch.... " (Médico-Docente)

"(...) Na etiologia, temos o fato de ser uma bactéria muito antiga, convive com o ser humano há muito tempo, que tem uma adaptação muito grande ao meio ambiente em que vive, com uma forma sempre ativa, sempre transmitindo. Neste processo de transmissibilidade, a situação sócio-econômica tem influência decisiva....." (Médico-Residente, R3)

"(...) Nesse momento atual, a causa mais relevante da tuberculose continua sendo a condição social do paciente (...) são pessoas muito pobres, eles sofrem uma falta muito grande de alimentação, falta de escolaridade.." (Médico-Residente, R2)

Alguns entrevistados mencionaram esta multicausalidade, isto é, causa biológica (agente infeccioso - o bacilo ou bactéria ativa) interagindo com as condições sociais na transmissão da doença.

As condições precárias de habitação favorecem a transmissão do bacilo através do contágio. Tal fato contribui para que a tuberculose esteja, mais uma vez, associada à população de baixa renda.

"(...) Para nós, clínicos, a coisa mais importante, mais que a falta de comida, é a falta de dinheiro. As pessoas se agrupam em condições insalubres de moradia, casa que não tem iluminação, ventilação...."  
(Médico-Docente)

"(...) No processo etiológico, vejo como mais importante na transmissão direta de pessoa a pessoa, o contato com o bacilo no ambiente em que alguém tossiu. Essa pessoa pode não estar mais lá, mais aquela outra, que entrou no respectivo ambiente, aspira e vai se contaminando. É assim que a convivência de muitas pessoas num ambiente reduzido, pequeno demais, úmido, sem luz, leva à contaminação..." (Médico-Residente, R3)

ROUQUAYROL (1988), admite que é conhecimento comum, atualmente, que a tuberculose é uma doença eminentemente social e que, indiscutivelmente, a melhor prevenção reside nas ações que busquem erradicar a miséria e corrigir o desnível econômico a que está submetido a classe trabalhadora. As idéias da autora estão em conformidade com as de RUFFINO NETTO & PEREIRA (1982), visto que, afirmam "se não nos voltarmos para as diferenças sociais de incidência da doença na população, na verdade, nossas constatações, serão concretamente falando, incorretas. Isto, porque serão principalmente alguns segmentos da população, que serão afetados, enquanto outros o serão pouco ou nada".

Nos depoimentos também houve referência à falta de diagnóstico precoce.

"(...) Para mim, isso é o mais importante: a falta de diagnóstico desse paciente. Isso facilitaria o contato desse paciente com outras pessoas, transmitindo, assim, a doença (...) a demora na realização do diagnóstico médico quanto os equívocos dos médicos, podem contribuir para a transmissão da *tb*, e essa prática é um agravante na disseminação da *tb*..." (Médico-Residente, R3)

Segundo a literatura médica, é através do diagnóstico que se pode identificar as fontes de infecção numa comunidade e, quanto mais rápido este ocorrer, mais precocemente se poderá iniciar a quimioterapia específica, quebrando-se assim, a cadeia de transmissão do bacilo.

Um entrevistado referiu-se à prevenção como o elemento etiológico mais importante, isto é, os exames em comunicantes, que responderiam pelo trabalho de prevenção.

"(...) Para nós, é claro, o mais importante na etiologia é a prevenção; sem dúvida. Você pega um caso e estuda os contratantes, isto tem que ser feito (...) Não adianta você tratar só o caso. Nós que tratamos aqui, temos que tratar a parte básica que é a prevenção. Sem a prevenção não adianta nada, está mais que provado, porque nós temos excelentes medicamentos para a tuberculose..." (Médico-Docente)

Esta forma singular de pensar, do médico docente, revela a necessidade de estudarem-se os comunicantes, isto é, investigar a história de contato dos tuberculosos. Conforme as normas do Ministério da Saúde para o Programa de Controle da Tuberculose, tal ação é de fundamental importância para a suspeita diagnóstica (BRASIL, 1992a).

Contudo, na prática médica ambulatorial, tem-se um trabalho curativo e clínico, no qual a investigação do comunicante não se dá efetivamente, na medida que ocorrem encaminhamentos para exames em outra unidade de saúde. Assim, a intervenção médica restringe-se à prática da Medicina curativa, que limita sua ação à doença e ao corpo do doente, combinando, com ela, práticas preventivas.

Conforme prescrevem as normas de controle de tuberculose, que procuram associar prevenção e cura, a inclusão do trabalho de prevenção com os comunicantes, na assistência médica individual, amplia sua esfera de influência, já que, o objeto de intervenção não se reduzirá ao corpo doente, atingirá o corpo do(s) comunicante(s), com probabilidade de vir a ser um corpo doente (BRASIL, 1992a).

A dimensão preventiva, contida no discurso médico, centra-se no perigo da permanência e (ou) aumento da disseminação do bacilo. Este iminente perigo faz com que o médico, valorize na prática clínica um conjunto de exames, o que se torna uma exigência,

visto que, busca-se, sobretudo, evitar a transmissão da doença. Portanto, o que explica o caráter preventivo é a identificação precoce dos portadores potenciais da tuberculose.

Consideramos que, como esta identificação precoce, se dá através dos encaminhamentos dos comunicantes, torna-se restrito o caráter preventivo da assistência médica no Ambulatório, no qual são fornecidas informações e orientações sobre condutas e forma de contágio.

Observa-se, nos depoimentos, uma multicausalidade, sendo essenciais as condições sócio-econômicas. Concomitantemente, a intensidade do contato e a carência nutricional (favorecimento da disseminação do bacilo no organismo já debilitado) são fatores que unem as causas sócio-econômicas à biológica.

### **3. O ESTIGMA DA TUBERCULOSE ENTRE OS MÉDICOS**

GOFFMAN (1988), referência clássica sobre o estigma, esclarece as origens do termo, criado pelos gregos para se referirem a sinais corporais que marcavam o portador como uma pessoa ritualmente poluída, com *status* moral negativo e que deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos.

O estigma é considerado por DINITZ, DYNES, CLARKE (1969), “como uma técnica de controle social sobre o indivíduo desviante”. Neste sentido, coloca-se sobre o doente todas as atenções de punição e proteção, rotulando-o socialmente como um ser inaceitável e repreensível. Esses sentimentos permeiam as relações sociais entre doentes e não doentes ou entre estigmatizados e não estigmatizados.

BERTOLLI (1992) afirma que, a literatura endossa e populariza a representação social do tuberculoso (tísico) sob a ótica censora. Além de culpado pela própria infecção, o tuberculoso é mostrado como uma ameaça social, que precisa de urgente segregação, não só pela possibilidade de contagiar os sãos, mas, também por ser um agente corruptor do meio social.

A tuberculose carrega, ainda, o caráter estigmatizante. Em sua grande maioria, os médicos confirmam o fenômeno do estigma associado à tuberculose. O fenômeno está presente entre a clientela e a população em geral e entre os próprios médicos. Apenas um negou a existência do estigma. Sua opinião baseou-se em impressões por ele colhidas dos comportamentos dos pacientes, o que nem sempre condiz com outros depoimentos dos médicos, afirmando a existência do estigma e do preconceito entre eles.

"(...) não tem mais estigma, preconceito, essas coisas da *tb*. Isto, acontecia no passado, em períodos onde os pacientes eram internados em sanatórios. Hoje, o tratamento é ambulatorial e a internação é indicada apenas nos casos graves ...". (Médico- Residente, R2)

Segundo outro médico, o preconceito em relação à tuberculose persiste, em consequência do temor do contágio por parte dos clínicos. Este temor, no entanto, é menos intenso que na população mas, ainda assim, o tuberculoso, é discriminado duas vezes: a primeira, pelos médicos e a segunda, pela sociedade ou vice-versa.

"(...) Entre médicos tem preconceito. Muito médico tem medo de tuberculose, de contaminar, de pegar. A população, mais ainda, acho que é maior que entre os médicos. Ela sofre preconceitos de ambos os lados. Os pacientes de tuberculose estão bem próximos dos pacientes da SIDA. É um paciente discriminado, devido a doença que tem. A grande diferença é que, o paciente de tuberculose tem uma expectativa de vida muito melhor, talvez isso faça com que ele seja um paciente menos temido que o paciente de SIDA..." (Médico-Residente, R3)

Atualmente, o estigma da tuberculose não é tão contundente como o era no passado. Segundo OLIVEIRA (1988), a própria legislação sanitária brasileira, na década de 20, apontava a necessidade do sigilo em relação à identidade do doente tuberculoso. Na notificação deveriam ser citadas apenas as iniciais do enfermo, cujo nome, por extenso seria entregue, em carta reservada, ao inspetor da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Quando ocorria quebra do sigilo da notificação, eram aplicadas sanções administrativas com suspensão ou demissão de funcionários.

BERTOLOZZI (1991) observa que, por volta de 1924, proibiu-se aos tuberculosos o exercício de funções como as de professor, bedel, inspetor e empregos nos quais fosse necessária a manipulação de alimentos, livros e papéis destinados ao público.

Neste estudo, confirmou-se a existência do preconceito, pelos médicos, que foi atribuída a falta de conhecimento sobre a tuberculose e demais morbidades pulmonares. Alguns entrevistados julgaram como falha na formação médica, que não se propicie, aos internos, a oportunidade de entrarem em contato com essas doenças pulmonares, ou, quando o fazem, o encontro é rápido e insuficiente para demover os futuros médicos de seus preconceitos em relação à doença, especialmente do perigo do contágio.

Consideramos que, não existe apenas 'falha na formação médica'. Deve-se levar em conta que, os médicos não estão imunes às idéias socialmente construídas em relação à doença, dentre elas, o estigma e o preconceito, são exemplares.

Para outro entrevistado, a desinformação dos médicos leva ao preconceito que, por sua vez, leva ao medo do contágio. Acredita, porém, que a medida que, se adquira conhecimento sobre a doença, o estigma e o preconceito são demolidos.

"(...) Acho que tem preconceito, por exemplo, há pouco tempo, alguns sextanistas falaram para mim, que tinham medo de atender paciente; mesmo que você fale: 'não tem problema', alguns não aceitam isso. Com certeza, alguns médicos vão ter um pouco de separação, de receio de atender esse paciente, você percebe isso. Falou em tuberculose, quem não lê e quem passou na faculdade, diante disso, bem rápido, não sabe, ou sabe pouco. Aí falta conhecimento do médico, sem dúvida, não só em relação a tuberculose, em relação a outras doenças, também pulmonares ...os médicos, clínicos em geral ou os especialistas, às vezes acham que sabem mexer ou tratar. Terminam fazendo tratamentos irregulares, incompletos e o paciente vai piorar cada vez mais, e vem prá gente quando está ruim...." (Médico-Residente, R3)

Este residente, afirma que, o preconceito dos médicos acaba atingindo o doente, influenciando na consulta (relação médico-paciente e terapêutica) o que reflete na não-adesão do paciente ao tratamento quimioterápico.

"(...) O preconceito, é uma coisa errada, porque o paciente percebe isso, é muito pior, porque aí ele se afasta mais ainda e acaba não aderindo ao tratamento..." (Médico-Residente, R3)

BERTOLLI (1992) afirma que, o médico e os demais profissionais de saúde desempenham papel importante no processo de divulgação da multiplicidade de estigmas sobre o doente e a enfermidade. Segundo o autor, "enquanto, agentes sociais e neste sentido, mesmo sendo detentores de um saber especializado, acabam incorporando idéias estigmatizadas sobre os doentes (...) esses estigmas acabam sendo reproduzidos nas relações servidores de saúde-pacientes, às vezes declaradamente, em outros momentos, através de um quase silêncio, produzido nos ambulatórios e nos hospitais " .

Outros médicos também explicam o estigma pela falta de informação sobre a tuberculose. Nesse sentido, permanece a visão da doença como incurável e dizimadora de famílias, e com mecanismos de exclusão social dos doentes (através dos sanatórios, meios de tratamento que foram institucionalizados no passado).

"(...) O estigma está presente, sem dúvida nenhuma. Muito menos que no começo do século, que a tísica era quase como se fosse hanseníase, mas um pouco menos. Assim, se você pegar qualquer paciente de mais idade, ou filhos de um senhor que tenha tuberculose, os mais velhos choram, ficam em desespero, muitos por desinformação. Muitos deles falam 'essa doença' não tem cura, então tem o estigma de tuberculose. Nós temos vários pacientes que mentem que não têm tuberculose, pacientes que ficam desesperados porque têm que vir aqui no Ambulatório ou no Centro de Saúde para pegar a medicação. Eles não querem vir, porque não querem ser taxados de tuberculosos... É uma doença que o pessoal ainda tem vergonha de disser que está com tuberculose, acho que existe, sim, o estigma.." (Médico-Docente)

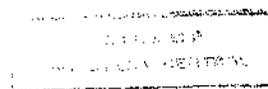
"(...) Na tuberculose existe um estigma, a tuberculose é uma doença que assusta um pouco 'fulano tem tuberculose sai de perto de mim'. Isto não é como no passado, que foi o que representa a AIDS hoje,

mais ainda assusta... o paciente procura não comentar sobre a doença, guarda para si.... O estigma está associado à falta de informação sobre a doença e o tratamento... Quem tiver informação sobre isso, sabe que isso não é risco para as outras pessoas, uma vez que você vai começar a tratar, ninguém tem que se afastar do paciente, porque em 15 dias ele não tem mais chance de contagiar outras pessoas...." (Médico-Docente)

Outras doenças, também têm sido estigmatizadas socialmente, como por exemplo, as doenças mentais, a hanseníase e, atualmente, a AIDS. Esta questão está relacionada à idéia de sociedade como sendo algo que apresenta forma, estrutura interna e limites que atuam como zonas de defesa (DOUGLAS, 1976; RODRIGUES, 1983) Segundo CLARO (1995), essa necessidade de estruturação origina-se do medo e incapacidade do homem em lidar com o caos, procurando, assim, evitá-lo através da ordem e da separação de domínios.

Em síntese, o fenômeno da estigmatização encerra visões de normalidade do corpo, ou seja, escolha de cada grupo social em particular por certos atributos que farão parte desse conceito de normalidade e; do corpo humano onde temos uma representação da sociedade (CLARO, 1995). Nesta perspectiva, o corpo humano é um símbolo da sociedade, uma imagem reduzida desta, cujos limites estariam nas barreiras externas do corpo, conforme DOUGLAS (1976). Tal idéia está em conformidade com a afirmação de RODRIGUES (1983), quando destaca que, os fenômenos fisiológicos são significantes, representando fenômenos sociológicos.

As imagens sociais negativas sobre a tuberculose, como doença ameaçadora, ou sobre os atributos do indivíduo portador da enfermidade, podem marcá-lo depreciativamente, isto é, não será socialmente aceito pela permanência do preconceito. Se estas imagens podem estar atenuadas em relação ao passado, ainda se fazem presentes entre os médicos (estudantes de Medicina e não especialistas) pouco familiarizados com a enfermidade, sendo que, apenas o domínio do saber médico é incapaz de demovê-los, conforme demonstram os depoimentos.



#### 4. REPRESENTAÇÕES DA CLIENTELA PELOS MÉDICOS

Há um denominador comum nas formas de descrever a clientela. Ela é vista como 'pobre', 'carente', 'infeliz' e vivenciando graves problemas sociais. Estas representações dos médicos são resultantes do convívio diário com este segmento social, geralmente clientela dos serviços públicos de saúde e das ideologias que cada indivíduo se vale para reconhecer a população (GONÇALVES, 1994). Além disto, detêm representações que permeiam as relações assimétricas entre as classes sociais.

Sobre este perfil pré-elaborado da clientela, BOLTANSKI (1979) observa que, a própria experiência profissional legítima e reforça a tipologia recebida na formação acadêmica e herdada de seus antecessores; e os contatos profissionais ou com colegas oriundos da mesma instituição escolar têm buscado, secularmente, reacender as representações que o médico elaborou sobre o doente.

Conforme GONÇALVES (1994), "estas descrições da clientela não se estruturam organizadamente por padrões objetivos - quaisquer - de aferição de características sócio-econômicas da população, mas por impressões que relevam das variáveis concepções sobre as causas e os significados da pobreza".

Os médicos entrevistados partem do conceito de 'carência', cujo sentido engloba o aspecto econômico (lado objetivo da situação), e o psicológico (subjetivo). Neste sentido, tais representações sobre a clientela coincidem com àquelas encontradas por GONÇALVES (1994), entre os médicos consultantes nos centros de saúde, da cidade de São Paulo (SP), em que prevalece "sua identificação com a situação de privação sócio-econômica, como portadora de doenças favorecidas e agravadas pela privação múltipla".

"(...) existe uma instabilidade social muito grande, são pessoas extremamente carentes tanto do ponto de vista econômico, social e do coração. Também são pessoas muito infelizes. Tudo isto colabora para agravar o processo patológico deste paciente, e também possibilita a sua aquisição, já que existe uma situação de vida que favorece o adoecimento destas pessoas...." (Médico-Residente, R3).

Segundo GONÇALVES (1994), a concepção de 'carência' é decorrente, mais da "expressão genérica, abstrata, onde há uma diferença da clientela em relação à instituição e aos seus saberes, expressão do saber 'correto' da sociedade que ela representa, do que da consequência das formas de integração social da clientela que advêm das características concretas do próprio modo de organização social".

Para o autor, as evidências mais sugestivas nessa direção são mostradas através das dificuldades ou da impossibilidade da clientela beneficiar-se do trabalho assistencial dos centros de saúde.

Já a expressão 'carência múltipla', explica o autor supracitado, designa as categorias pelas quais os médicos descrevem a clientela, e que variavam conforme as ideologias com que cada indivíduo reconhece a população, dentre elas: " 'grandes dificuldades financeiras' para referir renda e trabalho; 'desempregados e empregados de baixa qualificação que ganham salários mínimos'; 'cultura muito baixa'; 'hábitos precários', para relatar cultura; 'analfabetos ou com curso primário'; escolaridade precária ou nula'; 'corticeiros, famílias inteiras morando num mesmo quarto ou mesmo em um banheiro', para imputar condições habitacionais ".

"(...) os pacientes deste Ambulatório não são diferentes dos outros pacientes que se tratam em outros Ambulatórios, são pessoas simples pouca ou nenhuma escolaridade, pouco ou nenhum conhecimento sobre a tuberculose; com renda familiar que oscila de um a três salários mínimos, pessoas de classe média baixa, tem desempregados, também...." (Médico-Residente, R2)

"(...) o paciente de tuberculose, que estamos habituados a tratar, é aquele paciente de nível intelectual muito baixo, pouca ou quase nenhuma escolaridade...." (Médico-Docente)

"(...) os nossos pacientes são de classe econômica sócio-cultural bem baixa, mesmo, e a parte econômica é ruim..." (Médico-Residente, R3)

" (...)os pacientes têm uma carência total, não só emocional, carência de comida, de trabalho, de tudo, enfim, um empobrecimento geral..." (Médico-Docente)

"(...) são pacientes com problemas sociais, falta de comida, falta de dinheiro, em termos habitacionais temos as condições insalubres de moradia, além desses pacientes serem culturalmente pouco privilegiados...." (Médico-Docente)

A representação da clientela, baseia-se, portanto, num conjunto de atributos sócio-econômicos e de instrução através dos quais concebe-se fatores extrabiológicos coadjuvantes na ocorrência da doença.

## **5. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Segundo os entrevistados, todos os pacientes são iguais, e merecem que lhes seja dispensada a mesma atenção. Esta ideologia vai ao encontro das concepções éticas, envolvendo o dever deste profissional de a todos, indistintamente, prestar socorro. Assim, esta idéia igualitária está em conformidade com o princípio da Medicina enquanto profissão, onde está prescrito que esta deve ser 'aplicada em benefício do homem', com espírito humanitário, de acordo com o código moral e ético da Medicina.

"(.....) A minha conduta com o paciente não é diferente, com o paciente de quadro diferente, tem que explicar, orientar sobre a doença, falar do tratamento, os procedimentos são iguais para todos eles...." (Médico-Residente, R2)

"(.....) Honestamente, eu não diferencio o tuberculoso dos outros pacientes, todos têm quer ser atendidos e tratados...." (Médico-Docente)

A respeito do trabalho médico assistencial, sempre visto como igual em essência, ao desenvolvido em outras especialidades ou em outros locais, SCHRAIBER (1993), afirma que, “o exercício profissional é dirigido idealmente de forma semelhante para toda a clientela, atendida no serviço, sem distinção de ser uma doença crônica ou não, mesmo partindo de uma prática clínica em que os procedimentos são individuais, no modo exclusivamente pessoal de abordar aspectos da doença e da terapêutica; essa prática mesmo de forma zelosa, se encerra na concepção de autonomia profissional, do modelo da consulta médica”.

A ligação entre a prática igualitária do trabalho médico (atendimento) e a concepção de autonomia profissional, advém da ideologia que circunda a própria autonomia médica, a qual se baseia em pressupostos, como da conduta médica ditada pela consciência, responsabilidade e experiência clínica de cada profissional.

Conforme GONÇALVES (1994), tais pressupostos “em termos tecnológicos se traduzem no princípio de que, a terapêutica médica individual, orientada pelos critérios individualizantes da Clínica, *in loco* à melhor alternativa para a solução, não só do caso individual, mas da doença em sua dimensão coletiva”.

A respeito da clientela, foram apresentadas considerações quanto ao baixo grau de instrução que obriga aos médicos dispensarem um tempo maior na transmissão das informações, pelo menos idealmente.

"(...) De repente, eu tenho que informar muito mais que para a média de uma população mais esclarecida. Mas é lógico que o fato de serem culturalmente pouco privilegiados atrapalha o sucesso do tratamento. Pois se falta informação para o doente, seguramente vai prejudicar sua adesão, se ele está bem informado, não falta informação, a tendência à aderir ao tratamento é maior." (Médico-Docente)

"(...) Não sei acho que a maioria é aquele histórico, às vezes o paciente de tuberculose é paciente do nível mais baixo, muitas vezes, no asmático é mais fácil explicar a doença, já que é um indivíduo de cultura

média, enquanto para os de nível mais baixo, como é o tuberculoso, é mais complicado... Muitas vezes o médico pensa que explicou muito bem e não explicou ... usa muitas palavras difíceis. Realmente, ....eu acho que, às vezes ele não entende a informação...O paciente tem que ter uma boa adesão ao tratamento...tem que mostrar a necessidade da medicação.."  
(Médico-Docente)

A maioria dos depoimentos, sugerem que há uma incapacidade 'cultural' dos doentes para compreender as explicações e orientações médicas. Se, por um lado, ao se referirem à incapacidade 'cultural' da clientela, acabam reproduzindo a distância social entre eles (médicos) e pacientes; por outro, eles afirmam que, independente da situação sócio-econômica e cultural do indivíduo, todos os pacientes merecem atenção. Tal situação, é resultado da separação e uma relação de exterioridade entre o trabalho médico e as condições sócio-econômicas e culturais do doente, reforçada pela ideologia da igualdade com que a clientela deve ser atendida e que em termos ideais implica na relação médico-paciente menos distanciada socialmente.

Abaixo, um dos depoimentos, com tal visão.

"(...) Infelizmente, os pacientes são pessoas pobres, carentes; mas não é porque o tuberculoso tem, em geral, um nível intelectual baixo, tem problemas sociais e econômicos graves, os quais acabam influenciando no tratamento, que você vai diferenciá-los. Enfim, você não vai discriminá-lo, por tudo isso, você quer tratá-lo como aos outros pacientes, dar total atenção a eles, explicando de forma mais próxima da realidade dele (...) Não deixá-lo sentir-se isolado na doença dele, devemos deixá-lo mais seguro, não deixar à parte o aspecto psicológico.." (Médico-Residente, R3)

No depoimento supracitado, apreende-se esse 'tratar' não apenas no sentido terapêutico habitual, mas, também, como uma pretensão de atender aos doentes em outros aspectos, como por exemplo, no plano psicológico, reforçando a individualização da clientela e não sua especificidade sociocultural, o que implica em elementos representacionais significativos e valorativos e de práticas distintas do saber e prática eruditas em relação à doença.

Outro entrevistado apresenta uma idealização da relação médico-paciente sem preconceitos e sem discriminação, reforçando a ideologia igualitária.

"(...) Eu não vejo motivo de diferenciar o paciente de tuberculose de outros pacientes pertencentes a outras especialidades. Todos tem a sua gravidade, inclusive tem alguns que não tem cura, mas todos têm a parte psicológica, tem alguns que dependem mais da palavra do médico do que outros. Só que eu acho que o médico não pode diferenciar o paciente, tem que conversar com o paciente do mesmo jeito, com qualquer que seja, mesmo que não tenha nenhuma doença importante, tem que conversar com o paciente, passar a sua experiência, confortar o paciente, fazer com que o paciente adquira segurança no médico e tenha também confiança no médico..." (Médico-Residente, R3)

Esta concepção da consulta médica, na qual há 'necessidade' de uma conversa e uma explicação sobre a doença, segundo BOLTANSKI (1979), baseia-se etiológicamente, no tipo de formação que os médicos receberam e na ideologia apreendida o que os deixa mais predispostos ao interesse pelas diferenças psicológicas dos doentes do que por àquelas sociais. Na tipologia psicológica, difundida entre o corpo médico, contempla-se parcialmente à social, não a definindo de modo explícito.

Neste processo, segundo BOLTANSKI (1979), ocorre uma percepção seletiva e organizada, em vista do número limitado de categorias, oriundas da formação médica e do início de carreira dos profissionais, que os possibilitam classificar os doentes no âmbito dos tipos psicológicos, entre eles 'carentes' e 'sofridos'.

Apenas um entrevistado refutou a idéia preconcebida de que, o doente com baixo nível intelectual não é capaz de compreender o que lhe é explicado, sugerindo que há uma predisposição dos médicos para este tipo de avaliação.

"(.....) A reação que passa é que eles estão entendendo tudo (..) A gente não deve menosprezar o doente e achar que ele é 'tranca', que é ignorante, isso e aquilo. O doente tem condições de entender, e ao voltar para ser consultado, a gente vê que está indo bem..." (Médico-Residente, R3)

Como sugerem os depoimentos, as diferenças pertinentes à clientela, além de requererem mais empenho do médico, exigem maior dispêndio de tempo nas consultas. Entretanto, as observações *in loco* não demonstraram o empenho dos internos em prolongar a consulta, contrariamente aos médicos residentes e enfermeiras, que dispndiam maior tempo nas consultas e pós-consultas, demonstrando preocupação em informar à clientela sobre a doença e terapêutica.

Um dos médicos consultantes não lamenta o tempo gasto com o paciente, ao contrário, julga-o necessário:

"(...) mesmo que fôssemos, com eles, pessoas secas e frias, certamente, teríamos que mudar nossa conduta. Porque esses pacientes precisam de nós, do nosso apoio, da nossa conversa. Estes doentes (...) necessitam de uma conversa, de uma explicação, principalmente, sobre a doença, tratamento e a cura (...) Acho, que não apenas eu, mas todos os integrantes da equipe de Pneumologia, os residentes, que são aqueles que têm mais contato com esses pacientes, devem ter calma para explicar o diagnóstico, esse gosto em ter uma palavra com eles facilita o tratamento e a relação médico-paciente. Nós percebemos a necessidade que esses pacientes tem de ouvir a nossa palavra, não só os pacientes de tuberculose, mas todos os outros. A relação médico-paciente é importante até no resultado do próprio tratamento, sem dúvida nenhuma...." (Médico-Residente, R3)

Consideramos que, está implícito, nestes dois últimos depoimentos, a preocupação com a humanização do atendimento.

Todos os médicos compartilham a idéia de que, em decorrência do baixo nível de instrução da clientela, é necessário informar `bem ao paciente, sempre´ e, sobretudo, ter cuidado com o uso da linguagem, para que haja um consenso entre as partes, isto é, entre o emissor (médico ou enfermeira) e o receptor (paciente).

A distância entre a transmissão e a compreensão pode ser detectada na pós-consulta, afirmou um dos médicos.

"(...) De forma geral, na consulta médica o paciente fica assim, ele aceita o que você diz ou demonstra aparentemente que aceitou, que entendeu. Mas você percebe, na pós-consulta, que ele não entendeu nada. Muitas dúvidas eles não colocaram. Você foi eficiente, explicou e ele entendeu tudo, você não vê o outro lado..." (Médico-Residente, R2)

Em outro depoimento, constatou-se o conflito entre a perspectiva da Instituição em transmitir orientações e prescrições sobre a doença e tratamento, e a incorporação das mesmas.

"(...) muitas vezes ele aceita a informação, outras vezes acho que não entende ou faz que entende, outras vezes finge que aceita e não aceita na maioria das vezes. Mas a impressão é que não aceitam na grande maioria.." (Médico-Docente)

Um dos médicos afirmou não acreditar que a clientela adotasse todas as prescrições transmitidas a ela.

"(...)a gente sabe que os doentes não seguem as normas da maneira que nós médicos gostaríamos e na porcentagem que também gostaríamos....." (Médico-Docente)

Alguns médicos, no entanto, mostraram-se predispostos a acreditar nesta aceitação e, outros, não manifestaram certeza neste sentido, isto é, foram menos otimistas.

"(...) eu acredito tanto no que eu falo, que o doente acredita também, eu acho que sou bem didática ...." (Médico-Docente)

"(...) No geral, aceitam, eu acho pelo jeito, a expressão do paciente é que eles aceitam. Tem que falar, conversar com o paciente, passar as informações para que ele faça e siga o tratamento." (Médico Residente, R3)

"(.....) Eu acredito que sim, mas pode ser que eu esteja enganado, não sei responder. Eu espero que ele esteja aceitando. A reação que passa é que eles estão entendendo tudo, às vezes pode ser que eu esteja vendo isso no olho dele só e achar que eles estão entendendo...." (Médico Residente, R3)

Os médicos esperam que, os pacientes aceitem a terapêutica e se submetam a sua autoridade e à Medicina. Tal aceitação apresenta o especialista como detentor de um conhecimento legítimo sobre a saúde e a doença, sendo que, o doente é visto como um ser um profano que, por não dispor do saber e não ter condições para contestá-lo, deve acatar as determinações dos especialistas ( BOLTANSKI, 1979).

O poder do médico, que lhe permite exigir do paciente que este aceite suas 'ordens', provém do prestígio de sua profissão, historicamente considerada 'nobre' ou 'tradicional'. Segundo BRITO (1988), "constituem exemplos destes atributos, próprios desta profissão, o monopólio de uma área específica de atividade, a partir de uma prolongada formação intelectual ou um sistema particular de valores que legitima e sustenta um padrão de comportamento profissional".

SCHRAIBER (1993) enfatiza que, na Medicina se exige o padrão comportamental dos profissionais desta área, porque este concede coesão. A Medicina, diz a autora, "é uma instituição social, com características tais, que suporta mal as divergências, e cuida ciosamente para anulá-las e manter intacto seu monopólio do direito de dizer o que é a doença, como se fosse proprietária do único caso de verdade absoluta sobre a face do planeta".

A assimilação das informações, está relacionada em particular ao uso da linguagem na relação médico-paciente. No depoimento a seguir, a falta de comunicação é atribuída a 'uma falha médica'.

"(...) às vezes, o médico, falha, falha médica ... usa muita palavra difícil, o paciente não entende. Então, muitas vezes, ele pensa que explicou muito bem. Não explicou. Como você sabe isso? basta você pegar uma série de pacientes que você jura que entendeu, você pede para ele repetir, e ele não entendeu..." (Médico-Docente)

A linguagem estabelece uma barreira (lingüística) que separa o médico do doente oriundo das classes populares; redobrada pelo uso de um vocabulário especializado.

Segundo BOLTANSKI (1979), a falta de equipamento lingüístico e, particularmente, de um vocabulário de instropecção e de uma linguagem das emoções (necessários para relatar ao médico seus problemas e angústias); leva os enfermos destas classes a sentirem-se pouco inclinados a confiarem ao médico suas preocupações. Para o autor, eles (doentes) estão em “situação de saber ou de pressentir que a relação paciente-médico é uma relação de classe e que, o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente”.

Este comportamento diferenciado torna-se evidente através das explicações dadas pelo médico, geralmente, não longas, uma vez que, não são todos os doentes que recebem informações detalhadas, mas somente àqueles que são julgados como bastante evoluídos para compreendê-las.

Na prática ambulatorial as informações são restritas ao tratamento e ao contágio, o que sugere existir reticências em fornecer ao doente informações propriamente médicas.

BOLTANSKI (1979) diz que, estas reticências se mantêm, mesmo quando se está pretendendo lutar contra ‘os preconceitos e a ignorância do público’ e que, a ideologia que exalta a educação sanitária combina muito bem com a que desaprova a divulgação (esta última vê no gosto pela divulgação médica, o resultado de ‘uma atração nociva e perigosa’). Para o autor supracitado, isto acontece porque, o poder médico, para ser exercido plenamente, precisa do doente educado, mas que não se deixe conformar e, uma vez informado, permaneça modesto, ingênuo e confiante na presença do médico quanto o era em sua total ignorância.

Esclarece o autor que, tanto a reserva do médico em fornecer-lhes uma informação mínima, quanto sua atitude autoritária frente aos doentes oriundos das classes populares, nunca são ressaltadas de modo claro quanto no exercício da Medicina Preventiva. Paradoxalmente, esta mesma Medicina - elitista e autoritária -, exige, para se completar totalmente, uma estreita colaboração entre o médico e os doentes.

As opiniões dos entrevistados estão em conformidade com esta idéia, visto que, consideram essencial a colaboração do doente para o sucesso do tratamento da tuberculose. Além disto, os médicos acreditam que tal colaboração, advenha do trabalho preventivo ou educacional, neste sentido, acabam valorizando-o ao máximo. Mas, eles mantêm divergências quanto à assimilação das normas e prescrições, pela clientela.

Quanto ao trabalho de educação, dois residentes contestaram algumas condutas médicas inseridas neste trabalho que, teriam conseqüências no êxito do tratamento da tuberculose.

As condutas contestada estavam relacionadas à certas práticas da assistência individual, que impediriam a transmissão parcial ou total das informações à clientela (contágio, tratamento e a cura). Estas condutas divergiriam das ações padronizadas, onde todo médico precisa informar sobre aspectos relevantes da doença. Na conduta padronizada, tem-se uma estratégia, na qual se faz uso da mesma técnica de intervenção e saber, sendo que, ambas orientam esta intervenção.

Sobre este processo de padronização das condutas, GONÇALVES, NEMES, SCHRAIBER (1993), afirmam que, "tratava-se de dar corpo objetivo à noção de que a doença era um fenômeno objetivo regular, e portanto, cognoscível pela ciência e reconhecível (diagnosticável) na prática, devendo portanto os agentes da prática serem treinados conforme os produtos de uma mesma ciência e na aquisição garantida de uma mesma técnica, de onde decorre o reconhecimento de uma normalização, semelhante ao que ocorre com os professores e militares, por exemplo".

Tais condutas médicas contestadas ou que não se enquadram na padronização de técnicas de intervenção foram apontadas, por alguns médicos residentes, como práticas dos internos.

"(...) é o estudante que atende o paciente, às vezes eles não frisam tão bem como se fosse o médico, que visse só isso, que acompanhasse só esse paciente, às vezes seria até melhor.....é importante a orientação do médico para o paciente, para falar da doença, no caso a tuberculose... " (Médico- Residente, R3)

"(...) a educação fica muito a dever, primeiro porque o interno, o sextanista não estão aptos para educar o paciente de tuberculose, porque eles também estão se educando; e segundo porque nem sempre ele está interessado, às vezes ele quer fazer oftalmologia, ginecologia, está sendo ruim para ele. Ele não está realmente gostando da situação, então a relação médico-paciente, no Ambulatório, é superficial..." (Médico- Residente, R3)

Para estes residentes, o atendimento prestado pelos internos, cuja grande maioria é formada por alunos do sexto ano, é agravado pela 'falta de compromisso':

"(..) Os internos não têm vínculo com o Ambulatório, como o têm os médicos contratados, residente ou docentes, isto é uma realidade...."

(Médico- Residente, R3)

Traduzida na prática clínica, esta 'falta de compromisso', argumentam os médicos residentes, significa prejuízos ou problemas nas ações educativas, tanto para o doente que não consegue retornar ao seu estado inicial de saúde, quanto para o Ambulatório, no qual serão atendidos casos de resistência adquirida devido ao uso incorreto das drogas. Entretanto, esta situação pode ser controlada através da orientação sobre o uso correto dos remédios, afirmam os residentes.

Os internos, na versão dos residentes, contrariam as normas quanto a informar de modo claro a clientela, não exaltando aspectos importantes da doença e do tratamento. Segundo os residentes, os internos estão despreparados para executar este trabalho, não se mostrando interessados em educar ou convencer os doentes quanto à aceitação das condutas prescritas.

Outras normas administrativas, que fazem parte da estrutura e princípio de organização do trabalho, também foram contestadas por alguns residentes, ou seja, a existência de uma equipe na organização do serviço médico ambulatorial.

Esta norma, concretamente, priva o paciente da opção de escolha do médico de sua 'preferência', sendo, assim, atendido por vários profissionais, durante os meses em que estiver em tratamento. Constata-se que, os residentes ressentem-se de não ter seu próprio paciente, com o qual vislumbram idealmente, estabelecer um vínculo. Trata-se aqui, de um paciente institucional, atendido por vários profissionais.

Esta norma, relacionada à organização do Ambulatório de Fisiologia, segundo os residentes, torna frágil e (ou) superficial a relação médico-paciente, não permitindo a criação de vínculos com nenhum dos profissionais envolvidos no trabalho ambulatorial. Além disto, tal norma nega ao médico a oportunidade de conhecer melhor seu paciente, a fim de convencê-lo ou conscientizá-lo da importância do tratamento:

"(...) Cada vez que atende é um médico, às vezes é um docente, às vezes um residente, ou contratado. A gente, não tem um acompanhamento, o mesmo médico para o mesmo paciente..." (Médico-Residente, R3)

"(...) A gente não tem os nossos pacientes, acabamos vendo vários pacientes e não vemos o retorno dos mesmos pacientes, não é marcado com a gente. Então, eu vejo ele hoje, depois é outro residente e depois outro interno. Então, a gente não tem paciente nosso no Ambulatório de Tisiologia, então fica um pouco mais difícil de sentir o paciente, é uma deficiência do nosso Ambulatório..." (Médico-Residente, R2)

A aplicação desta norma acaba tendo conseqüências tais como, o comprometimento do 'trabalho educativo' e da terapia quimioterápica, conforme os entrevistados.

Se, por um lado, apenas alguns residentes contestaram a conduta dos internos e a organização do trabalho médico institucional, que dá suporte às ações de saúde; por outro, todos, (residentes e docentes), compartilharam da mesma opinião quanto a relevância do trabalho de prevenção ou educação no sucesso do tratamento da tuberculose.

"(...) Quer dizer, como tudo, a base do tratamento e o sucesso do tratamento é a informação, procurar dar todas as informações para o doente com o apoio da enfermagem, a gente consegue com mais facilidade a adesão e até o sucesso do tratamento...." (Médico-Docente)

Na visão destes profissionais, quanto mais esclarecidos os doentes estiverem sobre a doença e a cura, melhor para a prática médica, pois o resultado será a adesão ao tratamento.

Procurando efetivar esta adesão, um dos residentes (R3), sugeriu a composição de uma equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiras, fisioterapeutas e assistente social - atuando junto do paciente para educá-lo. Outro residente (R3), considerou necessário tanto 'um acompanhamento mais de perto', quanto '... aulas que reunissem esses pacientes...'

Estas sugestões demonstram que, embora os residentes conheçam e endossem as normas, eles as criticam, apontando que, pelo que se observa como resultado do tratamento, são limitadas as informações transmitidas pelos profissionais de saúde.

Um docente analisou o comportamento da clientela que não segue às prescrições médicas e sua prática clínica.

"(...) Não é que eles não entendem, eles talvez não acreditem o quanto é importante fazer um tratamento adequado (...) A gente falha, talvez em não ser mais educativo no processo de cura... (...) Acho que a gente tinha que ensinar melhor o quanto aquilo é importante..." (Médico- Docente)

Este profissional, contudo, não se considerou 'responsável' pelo comportamento do paciente em relação ao tratamento:

"(...) o paciente não faz o tratamento de maneira correta, não porque ele não entende, mas porque ele não quer..." (Médico- Docente)

Este médico, ao se referir à adesão do paciente ao tratamento, também admitiu a resistência da clientela quanto a 'vontade' ou à motivação individual, embora excluísse a lógica cultural não levando em conta as formas de representar a doença, a cura e a saúde. Tais formas de representação não coincidem com o pensamento e práticas da biomedicina.

A ótica biomédica não se atém aos vários elementos que influem na participação do paciente na quimioterapia, tais como os socioculturais e econômicos. Consideramos que, esta é uma forma parcial de analisar o problema da adesão ao tratamento e que contribui para que outros fatores envolvidos no controle da doença permaneçam ignorados.

## **6. OS MÉDICOS E O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

A opinião dos médicos, quanto à eficácia do tratamento quimioterápico de curta duração (6 meses), foi positiva, apesar dos prováveis efeitos colaterais, os quais são pouco significativos em comparação ao percentual de cura, segundo os entrevistados:

"(...) Acho que o tratamento é eficaz, o esquema de drogas utilizado é muito bom. A maior parte dos pacientes tem conseguido a cura..." (Médico-Docente)

"(...) tratar uma doença infecciosa é ótimo, ainda com um esquema que foi estudado, tem uma boa eficácia e tudo. Você tem uma coisa boa para oferecer a ele ..." (Médico-Residente, R2)

"(...) Sim, o tratamento da tuberculose é eficaz, principalmente se nós utilizarmos o Esquema I, associação de isonizida e rifampicina por 3 meses, e pirazinamida por 2 meses, Esquema Tríplice. Considero o tratamento muito eficaz, atinge acima de 95% de cura. Os efeitos colaterais existem, mas se a gente por na balança efeito colateral e cura, ele se torna pequeno..." (Médico-Residente, R3)

"(...) Acho o tratamento da tuberculose eficaz, se o paciente tomar regularmente a dose certa de acordo com o peso do paciente. Muitas vezes a gente faz o tratamento em pacientes com menos de 40 kg, dá uma dose para o paciente com mais de 40 kg. Aí o paciente pode desenvolver alguns sintomas que façam com que ele pare de tomar o remédio.....Tem que evitar, de qualquer jeito, qualquer efeito colateral ..." (Médico-Residente, R3)

"(...) O tratamento da tuberculose é eficaz mesmo. Essas coisas já estão comprovadas mundialmente. O Brasil é o País que tem mais experiência com o tratamento de seis meses. Em termos absolutos, ele usou com mais tempo e com mais pessoas as drogas de primeira linha, que são do Esquema I.. E as outras, a gente usa como coadjuvantes....." (Médico-Docente)

Simultaneamente à eficácia do tratamento, há àquela eficácia simbólica, do medicamento que, a primeira vista, parece ser equivalente à cura. Concretamente, a cura produz um indivíduo saudável, que é um ser sem limitações (LEFÈVRE, 1991).

Considerando-se que a tuberculose é uma doença conhecida pela Medicina (detentora dos meios terapêuticos), os médicos acreditam que, uma vez diagnosticada, é possível curar os pacientes com a quimioterapia.

Um dos profissionais relatou o percentual de cura do tratamento, de acordo, com a sua experiência clínica.

"(...) a tuberculose é uma doença que, em 97% cura; e apenas uma parcela mínima de pacientes que não se curam..." (Médico-Docente)

O potencial de cura dos remédios ressalta o poder do médico sobre o paciente, pelo menos em termos ideais, ou seja, no momento em que a cura ou sua possibilidade é assegurada, pelo medicamento, vê-se, também, reproduzida a autoridade do especialista em relação ao doente, uma vez que o primeiro é o repassador dos medicamentos.

Se a eficácia do tratamento da tuberculose não chegou a ser questionada, o mesmo não ocorreu em relação ao tratamento ser 'adequado' ou 'não'. Um dos entrevistados considerou-o 'não adequado', em virtude de sua duração.

"(...) não é muito adequado; é claro que eram 24 meses, depois passou para 12, depois para 9 e agora para 6 e, ainda assim, não seria adequado (...) seria adequado e excelente o tratamento de 1 semana, 10 dias (..) isso seria ideal (...) Quando você recomenda para o paciente tomar antibiótico para uma infecção durante 10 dias, o paciente toma 3 ou 4 dias e abandona, imagina, então, se ele vai tomar 6 meses, ele abandona..." (Médico-Docente)

Segundo o docente, o esquema padrão, idealizado em sua experiência clínica, por enquanto, está longe de ser implementado.

Um dos residentes apesar de apontar as recidivas e as resistências micobacterianas, encontradas num grupo de pacientes, considerou o tratamento quimioterápico 'adequado'

"(...) O tratamento da tuberculose é ainda adequado, apesar de ter alguns casos de recidivas, casos de resistência micobacteriana. Nestes casos, com o desenvolvimento desta resistência não há resposta tecnológica, mas mesmo assim, o tratamento está sendo adequado na maioria dos casos de tuberculose diagnosticados e tratados, seja no Ambulatório ou em outro serviço de saúde..." (Médico-Residente, R2)

Os demais médicos endossaram as avaliações referidas anteriormente. Contrariamente, concebem o tratamento da tuberculose de curta duração como 'adequado' ou 'muito adequado'.

## **7. A AUTONOMIA MÉDICA EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO PADRONIZADO**

Conforme foi mencionado, o tratamento antituberculose tem regras que o regulamentam, assim como procedimentos padronizados para todo o Brasil, sendo que os critérios usados são oriundos de base conceituais da ampla experiência clínica e de pesquisa. Tal padronização tem sua justificativa, conforme BRASIL (1992b): "a nível dos recursos humanos, por ser importante para os profissionais de saúde, visto que, está relacionada a uma maior capacidade de seleção de procedimentos, interpretação de resultados, e da confiabilidade destes resultados com um mínimo de efeitos colaterais para o doente e um máximo de eficácia para a coletividade de campo realizadas em função do conhecimento da realidade brasileira".

Neste contexto operacional, os médicos vêem sua autonomia abalada, porque as normas já vem descritas, restando a eles, segui-las.

Segundo GONÇALVES (1994), "há uma exceção importante, na ideologia da autonomia profissional, herdeira direta da tradição epidemiológica mais clássica da Saúde Pública: o subprograma de tuberculose".

Se, há autonomia profissional no tratamento de tuberculose esta é parcial, se considerarmos as ações planejadas e normatizadas pelo 'Programa Vertical' de intervenção na tuberculose. Contudo, os médicos, enquanto clínicos anseiam sempre pela autonomia, sendo que, como demonstram os depoimentos, alguns apontam os limites da padronização do tratamento.

Entretanto, a maioria dos entrevistados acredita ter autonomia profissional, mesmo que esta se restrinja à escolha de esquemas de tratamento. Para eles, a autonomia é uma aspiração contínua, pois agem segundo a ideologia do trabalho autônomo, ou seja, com base na própria consciência, responsabilidade e experiência clínica individual.

"(...) Autonomia assim, eu tenho consciência até onde eu posso ir .... A gente tem flexibilidade, às vezes por ter o conhecimento específico de usar essas regras com certa tranquilidade. Eu sei mudar o esquema com mais tranquilidade que alguém que não é fisiologista, mas eu sigo as regras. A gente segue as normas...." (Médico-Docente)

"(...) O médico tem, sim, tem autonomia para mudar o tratamento conforme for a situação .... " (Médico-Residente, R3)

"(...) No meu caso, que estou no final do R3 e gosto de tuberculose, já li muito, eu tenho uma base boa sobre o tratamento. Na verdade, a gente tem autonomia de mudar o tratamento, tem poder, só ter confiança e certeza no que está fazendo .... " (Médico-Residente, R3)

Para todos os médicos, a prática clínica tem peso relevante na autonomia profissional. Assim, esta prática oferece ao clínico a possibilidade de escolha da quimioterapia. Em relação à tuberculose, ocorre que, à medida que os medicamentos são oferecidos pela instituição, dentro de esquemas padronizados, resta pouca margem de escolha ao médico na terapêutica.

Conforme salienta SCHRAIBER (1993), quando o paciente está dentro de um serviço de atendimento médico individual, cabe a prática clínica responder pelo seu caso. Segundo a autora, esta prática, "está fortemente ancorada na imagem de autonomia

profissional do médico e no desempenho deste, para ser julgada em sua qualidade de 'boa prática', apresenta tamanha maleabilidade de procedimentos que a gama de possíveis que reúne sequer parece formar um modelo: com suas condutas muito variadas, a clínica parece não se conformar a nenhuma estruturação prévia".

Outro entrevistado, ao se manifestar de maneira positiva sobre a autonomia, argumenta que não é obrigatório seguir as normas na prática clínica, visto que, elas (as normas) servem apenas como parâmetro, a fim de orientar os médicos em sua atividade terapêutica

"(...) mas é lógico que eu tenho a minha autonomia, eu sigo as regras porque a minha consciência manda, existe um programa de pessoas interessadas, esclarecidas e estudiosas que faz isso aí. Evidente que eu leio isso com uma visão crítica, mas a gente segue isso de forma bastante razoável, tem exceções, é o bom senso nosso que vai dizer, a nossa experiência clínica, tem que ter isso claro .... tem autonomia, sim, total. É porque nós não somos obrigados, a norma é só para orientar ..." (Médico-Docente)

Os residentes (R2) negam ter autonomia profissional. Para eles, é o Ambulatório de Tisiologia que a detém, personalizada nos médicos docentes. Esta é uma referência à prática ambulatorial, na qual são encaminhados aos docentes os 'casos mais polêmicos', para a decisão do esquema adequado. Um residente, que compartilha desta opinião, externa a falta de autonomia, expondo, também, sua insegurança quando à escolha de esquemas terapêuticos.

"(...) No Ambulatório, o residente, não tem autonomia para mudar o tratamento ... os mais polêmicos são levados para os docentes .... sou inseguro para mudanças, a não ser aqueles básicos e os de rotina ...." (Médico-Residente, R2)

Um médico docente admite que não há autonomia profissional, em virtude da impossibilidade de uso dos novos medicamentos, uma vez que, estes não estão disponíveis a eles (clínicos).

"(...) existem alguns remédios para a tuberculose ... uma minoria tem resistência a esses medicamentos. Com essa resistência eles não respondem a esta medicação. Então vieram novos medicamentos nos últimos dois ou três anos, só que nós não temos essa medicação, nós temos os nossos pacientes resistentes e não podemos tratá-los por falta de medicamentos ..." (Médico-Docente)

Este depoimento aborda a questão relativa aos instrumentos de trabalho na clínica, "que correspondem aos instrumentos que vão realizar a transformação do objeto - que é o portador da necessidade ou do indivíduo que se sente doente -, e que constituem a dimensão mais manual do trabalho, como por exemplo, nas técnicas de terapêutica farmacológica" (SALA, 1993).

Os médicos docentes e residentes mostraram o quanto é discutível a autonomia profissional no caso da tuberculose, uma doença que se constitui numa exceção importante, visto que, espera-se que os médicos sigam normas de atendimento padronizadas. Assim, o que prevalece, na assistência médica individual para essa doença específica, é a restrição à autonomia, uma vez que, são padronizados os esquemas terapêuticos. Tal fato conflita-se com as aspirações de autonomia do trabalho médico, ainda que subordinado à instituição hospitalar.

## CAPÍTULO III

### O DISCURSO DAS ENFERMEIRAS

#### 1. A PÓS-CONSULTA E O TRABALHO DAS ENFERMEIRAS

As enfermeiras, todas com graduação universitária, estão diretamente envolvidas na assistência médica individual do Ambulatório de Tisiologia. O trabalho destas profissionais inicia-se quando o doente é diagnosticado e começa o tratamento<sup>1</sup>, isto é, após a consulta médica.

Na pós-consulta realizam-se atividades de informação, a partir de entrevistas individuais com pacientes novos do programa e com aqueles que interromperam o tratamento e irão retomá-lo. As entrevistas têm o objetivo de fornecer orientações e explicações à clientela tratada no Ambulatório (ver Quadro 1).

Ao transmitir explicações sobre a tuberculose, a importância da regularidade no uso dos medicamentos, tratamento e conseqüências do abandono, as enfermeiras estão executando uma atividade que julgam educativa, permeada pelo conceito de que a adesão do paciente é obtida, principalmente, por seu conhecimento sobre a doença. Esta é uma atividade que busca a colaboração da clientela, no sentido de induzi-la a fazer o tratamento de acordo com as prescrições médicas. As enfermeiras procuram 'traduzir' às explicações médicas, 'reforçando' as orientações recebidas durante a consulta, para que o pacientes as siga sem dúvidas e com confiança na palavra do médico e na eficácia do tratamento.

---

<sup>1</sup> O serviço social participa da pós-consulta, esclarecendo os direitos sociais do usuário e sua família, junto aos órgãos previdenciários, bem como os encaminha, orientando e viabilizando os recursos assistências básicos para o tratamento (auxílio transporte, alimentação, Associação Tuberculose de Campinas). As demais atividades são relativas à convocação, por carta ou telefone, aos pacientes faltosos. Realiza contato com os Serviços de Vigilância Epidemiológica de outros municípios, e providencia internação em hospital específico. Este atendimento é realizado por uma estagiária de Serviço Social e por uma assistente social.

## QUADRO 1

### Informações e Orientações Médicas transmitidas à Clientela do Ambulatório de Tisiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas

- 1  
- informar e esclarecer ao doente sobre a tuberculose e sua gravidade;
- 2  
- esclarecer ao doente a necessidade de submeter os comunicantes a uma avaliação;
- 3  
- informar ao doente sobre a importância do tratamento, o tempo de duração (6 meses) e consultas mensais;
- 4  
- explicar ao doente sobre a eficácia da quimioterapia, convencê-lo da importância de tomar os remédios durante os meses de tratamento que, depende dele, ingeri-los corretamente;
- 5  
- reforçar ao doente, em cada consulta, sobre a importância do tratamento correto e conscientizá-lo de que caso o interrompa deverá iniciá-lo novamente;
- 6  
- informar ao doente que os remédios são fornecidos pelo Estado e repassados a ele sem nenhum custo financeiro, não sendo os mesmos obtidos em farmácias, somente encontrados nos serviços de saúde;
- 7  
- informar ao doente sobre os efeitos colaterais da medicação, mostrando que a situação é altamente controlável quando o médico está próximo dele, sendo então recomendável que procure o médico (o mais rápido possível), quando sentir alguma alteração no organismo depois de ter iniciado o tratamento;
- 8  
- informar ao doente sobre a 'falsa cura', isto é, nos primeiros 15 a 30 dias de tratamento, a sensação é de bem estar (ausência de sintomas), mas que é necessário completar os seis meses de tratamento para obter a cura;
- 9  
- esclarecer ao doente que não é necessário afastar-se do trabalho (durante todo o tratamento), pois com 15 a 20 dias de quimioterapia, ele já se encontra apto a dar continuidade as suas atividades, portanto, um atestado de 1 semana a 15 dias é considerado suficiente;
- 10  
- orientar e esclarecer ao doente que não é necessário ferver ou separar seus objetos pessoais, e nem afastar-se das pessoas, pois a transmissão já aconteceu, no período que antecedeu o início da quimioterapia, e os primeiros 15 dias de tratamento inibem a chance de contágio.

Estas profissionais buscam abolir do doente o estigma da tuberculose, através das informações e esclarecimentos sobre o processo de transmissão da doença e de tratamento. Elas acreditam que a tuberculose ainda é cercada de estigma, visto que, o doente tem medo de evitação e exclusão social.

Assim, a pós-consulta é um trabalho que se vale da persuasão, para fazer a clientela entender a racionalidade da conduta médica. Esta atividade é valorizada por toda a equipe do Ambulatório de Tisiologia.

Além de ser um trabalho individual, a pós-consulta também se constitui numa atividade preventiva, visto que, possui critérios explícitos e orientados para o controle e busca dos comunicantes (parentes ou não, que coabitam com indivíduo tuberculoso - os comunicantes dos doentes bacilíferos são considerados pelos médicos como o grupo com maior probabilidade de adoecimento, em razão do iminente perigo do contágio).

Os exames dos comunicantes de tuberculose, segundo as enfermeiras e médicos docentes e residentes, é uma ação de cunho preventivo. Com base nesta visão, consideram necessário cobrar da clientela tais exames. Esta cobrança tem, ainda, a finalidade de curar os comunicantes que já estão doentes.

"(...) Enfatizo muito para que eles façam os exames nos comunicantes, cobro muito, pergunto: 'Sua família já foi?' e 'O que deu?' Tem família que não vai, não dá importância, está todo mundo muito bem, afirmam eles. Só que acontece da gente encaminhar os comunicantes e, de repente, ter alguém da família que está doente e tem que fazer o tratamento. Agora mesmo, temos uma paciente que está no final do tratamento. Ela estava grávida, seu pai tinha tuberculose, ela fez o exame e foi constatada a tuberculose. Foi bastante difícil o tratamento por causa da gravidez, mas correu tudo bem o bebê nasceu forte e ela está bem. Se não fosse essa medida preventiva, talvez tudo não corresse tão bem..."  
(Enfermeira do Quadrante)

“(.....) o encaminhamento dos comunicantes para o Ambulatório, não permite que a procura de um provável paciente fique tão espontânea, além de impedi-lo de ficar disperso na comunidade, contaminando àquelas pessoas que estão em seu convívio ou àquelas que possuem um contato mais íntimo com esse doente...” (Enfermeira)

Na pós-consulta, procura-se, também, enfatizar para o tuberculoso que este procure o Ambulatório de Tisiologia, diante de qualquer dúvida e (ou) alguma manifestação indesejada causada pelo remédio, mesmo que ele não tenha retorno agendado. Deste modo, conforme a enfermeira ‘...o doente tem abertura para vim buscar apoio quando precisar ou achar necessário’.

As enfermeiras buscam uma aproximação com a clientela. Para tanto, utilizam-se da comunicação, evitando usar termos médicos e incorporando, nessa estratégia verbal, termos populares, sem rebuscamentos da linguagem médica, entrando, assim, no universo lingüístico dos doentes.

A linguagem é importante, uma vez que, seu uso inadequado pode gerar dificuldades na compreensão e apreensão daquilo que é dito pelos profissionais de saúde. Segundo CLARO (1995), esta dificuldade se origina dos sistemas de crenças divergentes e dos diferentes usos da linguagem que caracterizam indivíduos pertencentes a universos socioculturais distintos.

Neste tipo de linguagem são introjetadas imagens bélicas, simulando-se uma ‘situação de guerra’. Tal simbologia já era esperada, pois, no transcorrer deste estudo, observamos que o tratamento da tuberculose é visto como uma guerra que acontece dentro do corpo humano (território de ataque-defesa), de um lado estão os inimigos (bacilos) e de outro, a arma para combatê-los (as drogas antituberculose), reforçando-se, com isto a idéia de ataque-defesa contida no paradigma bacteriológico da doença. Trata-se de realizar um combate sem tréguas contra o inimigo implacável, ou seja, o bacilo de Koch.

Como exemplo, transcrevemos um trecho da pós-consulta, no qual a enfermeira do quadrante (responsável pelo Ambulatório), tenta mostrar ao paciente a importância de se tomar o medicamento corretamente.

"(...) você deve pensar que está numa guerra, o bichinho é o inimigo, ele está ganhando a guerra, porque você está fraco, magro, o bichinho não, está forte, ele está ganhando a guerra. Então chega a sua arma: o remédio, quando você toma ele vai matar o bichinho e deixar você forte, o remédio mata todos os bichinhos. Tem que tomar certinho, porque assim, quando o inimigo, que é o bichinho, pensar em se levantar, vem outro remédio e acaba com ele..." (Enfermeira do Quadrante)

Constata-se, no trecho supracitado, a representação da doença como entidade patogênica, específica, inimiga e que penetra no corpo do doente. Através deste conteúdo percebe-se uma idéia de devastação, de destruição de algo que deve ser combatido, uma luta travada contra o inimigo agressor.

Outros exemplos do uso freqüente de imagens bélicas na descrição da doença e do tratamento podem ser encontrados na literatura médica. O título do livro de RIBEIRO (1956), **A Luta Contra a Tuberculose no Brasil**; os informes da ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1983), **La lucha antituberculosa en el mundo - analisis de la situación**; ou ainda, o cartaz da antiga Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose - **Lutemos contra a tuberculose. Apaguemos do Brasil esta mancha de morte**.

Como já observamos, as enfermeiras esforçam-se para chegar até a clientela, julgando que por meio desta prática, seu relacionamento com os doentes torna-se amistoso e positivo.

"(.....) a nossa relação com os doentes é de respeito, amizade, uma relação boa, sem constrangimentos.... Acho, mesmo, que eles vêem esse nosso trabalho com admiração e respeito..." (Enfermeira)

"(...) Os pacientes gostam do momento da pós-consulta, falamos da doença, eles por sua vez, contam o que estão sentindo. Muitas vezes eles estão superangustiadados, dizem que não sabem nada ou quase nada da doença. Apesar de confirmarem que o médico falou sobre a

doença, eles não sabem dizer o que foi dito. E aí, ficam encabulados, não se recordam do que foi explicado. Quando não estão informados sobre a doença, eles ficam bastante preocupados....Apesar de se sentirem envergonhados, eles acabam contando fatos e revelando dúvidas que certamente não fariam aos médicos...." (Enfermeira do Quadrante)

"(...) procuramos criar um vínculo entre nós e os pacientes, isto é a base de uma boa relação...., vejo pelas suas reações que gostam daquele momento em que estamos juntos, falando da doença e do tratamento...." (Enfermeira)

A relação enfermeira-paciente é mais próxima, contrariamente àquela existente entre médico e paciente, constatada como assimétrica.

Conforme nossas observações, *in loco* a postura do doente na presença das enfermeiras é mais descontraída, isto é, ele pergunta, esclarece dúvidas, sentindo-se no direito de obter informações mais detalhadas sobre a tuberculose.

A análise dos depoimentos das enfermeiras, quanto ao seu trabalho na pós-consulta, permite-nos a conclusão de que tal atividade adequa-se, "em termos de concepção sobre a natureza do objeto, as finalidades de seu trabalho, dos instrumentos de que se utilizam e, ainda, do conjunto de tecnologia empregada neste processo", conforme coloca GONÇALVES (1994). Assim, na assistência individual, segundo o modelo clínico, destinada à população 'marginal', valem-se do trabalho na pós-consulta como reforço à qualidade da consulta médica e da execução da educação sanitária.

## 2. A TUBERCULOSE E SUAS CAUSAS

A concepção da doença, apresentada por essas profissionais, não difere dos médicos. Assim, a tuberculose é descrita como uma doença infecto-contagiosa, causada por um bacilo, cujo modelo explicativo dá-se pela invasão do corpo, no qual provoca lesão anátomo-patológica, representada pela formação de cavernas, significando danos orgânicos.

"(...) Esta é uma doença que vem e penetra em certos órgãos, o mais comum deles, o mais encontrado é o pulmão, local com muito ar, oxigênio, os bacilos preferem lugar assim. Quando estão no pulmão, esses bichinhos podem destruir o pulmão, formando cavernas.." (Enfermeira)

"(...) ela é uma doença que pode se alojar em várias partes do corpo, a principal delas é o pulmão. Ela ataca o organismo, e no caso do pulmão, ela forma uma caverna.... o bacilo invade o corpo do doente...." (Enfermeira)

"(.....) a tuberculose ataca os pulmões e outros locais do corpo humano, quando o bichinho, o bacilo vai para o pulmão, ele continua lá e faz uma feridinha e pode aumentar e virar uma caverninha...." (Enfermeira do Quadrante)

Constata-se o predomínio da representação patogênica da doença quanto a forma de manifestação, isto é, a enfermidade que 'ataca do lado de fora' e que causa danos aos pulmões, permitindo a formação da 'caverna tuberculosa'.

Quanto a etiologia, os depoimentos sugerem que há inúmeras causas sociais atuando para o desencadeamento e desenvolvimento do processo infecto-contagioso, entre elas a baixa renda, carência alimentar e baixo grau de instrução. Esta menção ao social reduz-se, principalmente, à 'pobreza' e à 'carência' materiais, vistas como atributos individuais que acabam debilitando o corpo, predispondo à doença.

"(...) Para mim, ainda é a situação social do paciente que o leva a ficar assim doente. A gente vê muito disso com a *tb*, aqui no Ambulatório..." (Enfermeira do Quadrante)

"(...) A causa da tuberculose são os problemas sociais, que são muitos, é só olhar para ver, nem se quiséssemos daria para dizer que não são esses problemas que levam ao desenvolvimento da doença..." (Enfermeira)

"(...) A mais importante é a causa social, é ela que gera a doença, o doente acaba ficando doente, está fraco, debilitado, não tem como reagir contra à doença....." (Enfermeira)

Tais opiniões adequam-se com a visão sobre a tuberculose, como sendo uma doença das camadas mais pobres da população. Este conceito, de doença de privação, é apresentada na literatura. SONTAG (1984) diz que este mesmo conceito pode ser apreendido a partir das artes, isto é, a tuberculose é sempre imaginada como uma doença da pobreza e da privação - falta de roupas, corpos magros, quartos sem aquecimento, higiene deficiente, alimentação inadequada. A autora conclui que, " a pobreza pode não ser tão literal quanto no sótão de Mimi, em *La Boheme*, pois a tuberculosa Marguerite Gauthier, em *A dama das Camélias*, vive no luxo, mas por dentro ela é um trapo".

Além da pobreza e privação, associadas à tuberculose, as enfermeiras têm uma concepção biológica da doença, isto é, que a lesão tuberculosa é dependente de fatores do organismo e do bacilo de Koch. Conforme OLIVEIRA (1988), tudo ocorrerá quando o agente agressor (o bacilo) estiver em condições favoráveis quanto ao número e virulência, induzindo assim, o organismo a reagir por hipersensibilidade - reação responsável pela destruição tecidual, característica da enfermidade.

Fazem parte dos mecanismos de defesa do organismo, a resistência natural e a adquirida (imunidade celular). A resistência do organismo depende de alguns fatores, entre eles a alimentação (equilibrada), e o seu inverso, a má-nutrição predispõe à infecção. Conforme destaca BRASIL (1989), a deficiência calórica-proteica é um fator importante

para o adoecimento, sendo que, os estudos epidemiológicos demonstram que, o índice de adoecimento é significativamente maior nas populações de baixa renda.

Ao comparar as causas atribuídas a tuberculose, segundo médicos e enfermeiras constata-se que, as concepções etiológicas se assemelham, à medida que são apontadas causas sociais e econômicas. No discurso destes profissionais, há uma concepção biológica da doença, acompanhada de uma síntese de múltiplas causas. Entretanto, as enfermeiras não ressaltam, como o fazem os médicos, a presença do bacilo como causa importante e determinante no processo etiológico.

### **3. REPRESENTAÇÕES DAS ENFERMEIRAS SOBRE A CLIENTELA**

Quanto à representação da clientela pelas enfermeiras, podemos resumi-la nos seguintes termos: a clientela é desinformada sobre a doença e não compreende o que os médicos lhes dizem. Estas representações não diferem daquelas apresentadas pelos médicos docentes e residentes, pois também estão baseadas em características sócio-econômicas e no grau de instrução (sem auferi-las da mesma forma que os médicos).

"(...) a experiência daqui mostra que os doentes de *t<sub>b</sub>* são as pessoas mais sofridas, que têm problemas econômicos, como a falta de dinheiro, emprego, isto tudo leva aos problemas sociais....."  
(Enfermeira)

"(...) Os doentes de tuberculose são pessoas bem pobres, sem recurso, às vezes desempregados, com pouca escolaridade, são pessoas simples, sem nenhuma informação sobre a doença...." (Enfermeira)

"(... ) o doente de *t<sub>b</sub>* é um paciente que vem da população de baixo nível social e cultural, o perfil do paciente é classe média baixa, é classe baixa...." (Enfermeira do Quadrante)

Conforme os depoimentos supracitados, para as enfermeiras a clientela também é 'carente' (material e culturalmente). Tal atributo caracteriza a clientela como portadora de uma 'anticultura' ou de uma 'subcultura de carência' o que, por sua vez, bloquearia o aproveitamento adequado das práticas educativas e terapêuticas. Assim, o indivíduo doente, que é 'pobre' e possui 'baixa' instrução, tende a assimilar menos as orientações. Consideramos que, tal generalização resulta numa visão preconceituosa da clientela assistida no Ambulatório.

As enfermeiras, ao referirem-se à cultura da clientela, baseiam-se principalmente no grau de instrução e na ausência de conhecimentos médicos e não nos seus valores, crenças e comportamentos. Neste sentido, utilizam um discurso pedagógico, procurando informar à clientela sobre a tuberculose, seus efeitos e, especialmente, quanto às normas e prescrições médicas.

"(...) O paciente que tem um pouco mais de cultura é mais chegado ao tratamento, ao contrário do paciente com menos cultura, este tem mais dificuldade em tratar corretamente. Este paciente acha que interromper tudo bem, não vai acontecer nada, desconhecendo as conseqüências para ele e para aqueles que estão ao seu lado..."  
(Enfermeira)

Uma vez conceituando a clientela culturalmente inferior, as enfermeiras consideram necessário informá-la sobre a importância do tratamento, supondo que é possível coibir o abandono da quimioterapia. Essa é uma situação singular e paradoxal, pois de um lado, estas profissionais, da mesma forma que os médicos, vêem a clientela como socialmente 'inferior', com dificuldades para compreender e incorporar as orientações que lhes são transmitidas; mas de outro, tanto enfermeiras quanto médicos acreditam que estes atributos a impedem de colocar em prática as prescrições.

Tal concepção de educação para a saúde está pautada na idéia da assimetria cultural. Os doentes não conhecem a doença ou a conhecem erradamente, conseqüentemente, recusam o tratamento porque são indivíduos 'carentes' e 'desinformados'.

Segundo GONÇALVES (1994), o trabalho educativo é *sui generis*: "a finalidade do trabalho parece uma estranha quimera; educar-se sem esperança de que possa modificar o educando, porque ele permanece sendo o que é, e aquilo que é, determina sua necessidade de ser perpetuamente educado".

Além da função educativa, as enfermeiras têm outras atribuições, tais como, marcar nos prontuários os remédios e as dosagens que devem ser ingeridas pelos doentes a fim de cobrá-los no mês seguinte. Assim, quando o tuberculoso retorna no mês seguinte, ao Ambulatório, são feitas perguntas a ele, para se verificar se o remédio prescrito foi ingerido. Se a resposta for positiva, busca-se averiguar se foi tomado regularmente. Ocorrendo irregularidades, são retomadas às orientações, tentando-se, novamente, persuadi-lo a agir de modo correto.

As enfermeiras lamentaram a desestruturação da atividade de doação de medicamentos por parte da farmácia do próprio Hospital que, geralmente, não distribuía a quantidade adequada para cobrir os 30 dias entre uma consulta e outra, ou entregava os remédios 'com metade do peso' (comprimidos com meia dose, em vez de dose inteira, ou cartelas contendo menos comprimidos). Em decorrência disto, as enfermeiras precisavam se certificar se os remédios seriam suficientes até a próxima consulta .

As ações desenvolvidas na pós-consulta são valorizadas pelas enfermeiras, pois, desta forma, podem exercer um controle burocrático-administrativo sobre o atendimento e a prescrição médica e, ainda, seguirem as normas do programa de tuberculose.

Ressaltamos que, nas representações sobre a clientela há um preconceito manifesto por parte dos médicos e enfermeiras, ou seja, os doentes seriam incapazes de assimilar as orientações por 'falta de cultura'.

## CAPÍTULO IV

### O DISCURSO DA CLIENTELA SOBRE A TUBERCULOSE

#### 1. A TUBERCULOSE E O ESTIGMA

Um dos primeiros indícios da presença do estigma nos depoimentos da clientela foram as formas de referência à tuberculose, tais como, 'essa doença', 'isso', 'ela', 'a doença', evitando, assim, pronunciar a palavra que a designa.

A elaboração do estigma, envolvendo certas doenças, forçosamente passa por um processo histórico que, não se exaure apenas nas características biológicas da enfermidade, mas, principalmente, remete-nos à realidade político-social, cultural e econômica de uma determinada época. Neste processo, algumas doenças deixaram de ser estigmas, outras, passaram a sê-lo. Conforme salienta SCLIAR (1992), "isto continuará enquanto residirem, dentro do homem, esse fantasma ainda não exorcizado que permite ver a doença como encarnação do mal".

Para ser concebida como estigma, a doença deve constituir-se de uma certa gravidade, não tão grave que mate em pouco tempo, e, também, não pode ser rara. Tem que ter incidência e prevalência suficiente para abarcar também o horizonte social. A maneira pela qual "é contraída ou disseminada, deve caracterizar uma conduta reprovada ou reprovável pelas normas sociais vigentes" (SCLIAR, 1992).

O estigma (incluindo-se o preconceito), associado à tuberculose, continua presente entre os doentes e os não-doentes. Verificou-se que, os receios e os medos dos doentes entrevistados se assemelham quanto às reações dos outros, a partir do momento que estes passem a conhecer o verdadeiro diagnóstico da doença. Portanto, a exclusão ou isolamento, marginalização e preconceito povoam os receios e os medos dos tuberculosos.

"(.) as pessoas tem cisma e muito medo de ficar como a gente, muito doente ... a gente fica mal de ver a pessoa desse jeito, não olha, não conversa, desprezo total...".

(Homem, 24 anos, solteiro, ajudante geral, 4ª série, Alta por Cura)

"(.) Quando eu estava tratando na UNICAMP eu não falava prá ninguém do que eu tinha, só para minha família, as pessoas têm medo, assim como eu tinha medo, eles não conhecem e ficam achando que vão pegar e vão morrer...".

(Homem, 37 anos, casado, despachante, 1ª grau completo, Alta por Abandono)

"(...) eu mentia, não contava que tinha essa doença ... eu sentia muito mal em mentir, mas se a gente fala a verdade as pessoas têm medo e se afastam, vão embora, não querem chegar nem perto, todo mundo tem medo de pegar ..."

(Mulher, casada, 23 anos, vendedora, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) As pessoas têm medo da tuberculose, nessa hora você vê quem é seu amigo, muita gente se afasta e os que ficam você sabe que pode contar ...."

(Mulher, solteira, 34 anos, empregada doméstica, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) Eu não falava para as pessoas que estava doente, não ficava aí falando dessa doença..., porque estava com medo, as pessoas fogem da gente, porque tem cisma e medo de ficar doente como a gente...."

(Homem, 52 anos, casado, ajudante de motorista, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(...) Tinha medo das pessoas ficarem sabendo por causa do preconceito .... acho que existe muito preconceito em relação à tuberculose, porque as pessoas não têm conhecimento da doença, eu mesma só sabia que a pessoa morria... "

(Mulher, solteira, 26 anos, vendedora, 3ª grau incompleto, Alta por Cura)

"(...) Tinha medo de contar e as pessoas não aceitarem; existe muito preconceito, tem medo de passar de um para outro. E aí, não ficar mesmo perto da gente, quando sabe que tem esse problema..."

(Mulher, separada, 48 anos, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) Se a pessoa descobre, a pessoa se afasta, não quer conversar e não vai na casa da gente, não fica perto, é por isso que não quero que elas saibam ..."

(Mulher, casada, 20 anos, dona de casa, 5ª série, Alta por Cura)

"(...) Ninguém vai falar, mas vai pensar 'ele é um tuberculoso', não vai olhar, conversar, no serviço o patrão vai mandar embora..."

(Homem, 42 anos, casado, ajudante de produção, analfabeto, Alta por Cura)

"(.....) Falei 'pros velhos' .... sabe, eu não falava prá ninguém que eu tinha .. porque eu não sabia o que eles iam fazer..."

(Homem, 32 anos, solteiro, montador de cadeiras, 6ª série, Alta por Abandono)

"(...) Não falei prá ninguém de fora, porque as pessoas têm medo de pegar essa doença, têm tanto medo de chegar perto, de falar com a gente, que não dá prá esconder, dá na cara..."

(Mulher, casada, 22 anos, auxiliar de limpeza, 1ª grau completo, Alta por Cura)

O estigma é um atributo profundamente depreciativo e que inabilita o indivíduo, que passa a não ser aceito socialmente. A explicação para a não aceitação social plena, está na origem do termo (estigma): “criado pelos gregos para se referirem a sinais corporais que marcavam o portador como uma pessoa ritualmente poluída, com um *status* moral negativo e que deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos” (GOFFMAN, 1988; CLARO, 1995).

Segundo GOFFMAN (1988), a estigmatização recai sobre o conceito de identidade social. Em consequência, as pessoas que são estigmatizadas têm que aprender a suportar a pressão social, ignorar insultos, esconder fraquezas e estar prontos para situações inusitadas.

O estigma está associado à exclusão que, por sua vez, associa-se à desvalorização social. A origem da exclusão social, vivenciada pelo doente (portador de qualquer enfermidade), segundo LAPLANTINE (1991), está calcada na doença, ou seja, “nos termos em que ela se constitui, pois a enfermidade é um desvio biológico e social e o doente é vivido pelos outros e se vê, ele próprio como um ser socialmente desvalorizado”.

Conforme LAPLANTINE (1991), a desvalorização, não passa somente pela questão econômica, mas, também, pela instância cultura. Assim, a representação da doença como mal absoluto, que se exprime no sentimento de uma desvalorização social, é muito mais forte em nossa cultura do que em qualquer outra, afirma o autor.

O indivíduo sente-se desvalorizado socialmente, pois carrega em seu corpo as marcas do ‘mal absoluto’ (doença), conceituada como um desvio biológico e social. A noção de desvio é o oposto do conceito de normalidade, constituído em cada sociedade. Tal noção “tem a função de expressar, por meio daquilo que a sociedade não quer ser, o que ela é” (GOFFMAN, 1988; RODRIGUES, 1983; CLARO, 1995).

A exclusão social, no grupo estudado, foi constatada a partir das condutas de evitação, discriminação e segregação. A exclusão foi sentida, particularmente, no relacionamento social, no qual os familiares e amigos do tuberculoso esquivam-se do contato com sua pessoa.

"(...) Eu contei para a minha família e para o meu amigo. Foi esse meu amigo quem desconfiou e descobriu o que eu tinha. Mas, não sei se é coisa da minha cabeça, só sei que depois de um tempo esse amigo se mudou do meu bairro e foi embora, acho que foi por causa disso. Eu senti muito a sua falta e fiquei chateado com ele, porque ele não precisava mudar de casa, era só falar para mim e eu não ia falar mais com ele até ficar bom, eu tinha muita estima por ele para desejar o seu mal, a gente era amigo do peito ..."

(Homem, 46 anos, casado, aposentado, 7ª série, Alta por Cura)

"(...) Eu contei para o meu marido e para a minha família. A minha cunhada ficou com medo, não chegava perto de mim, não vinha na minha casa e não deixa os filhos dela virem na minha casa e nem brincar com os meus filhos. Ela chegou a falar para o meu filho que não queria que ele fosse brincar com os primos. A gente, além de agüentar a doença, tem que agüentar essas coisas, se ela não quisesse me ver, tudo bem, mas os meus filhos já é demais, quem estava doente era eu e não eles.."

(Mulher, casada, dona de casa, 21 anos, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) Contei em casa ... As pessoas da família se afastaram eles são ignorantes, não conhecem nada da doença, se tem cura ou não, se pega ou não pega, e mesmo assim, ficam procurando motivo para não falar com a gente. Essa coisa toda machucou e senti muito, o desprezo dói demais, não dá prá entender porque tem gente que faz isso com as outras pessoas da própria família..."

(Mulher, solteira, serviços gerais, 27 anos, 2ª grau completo, Alta por Cura)

"(...) Eu falei para o pessoal de casa.... A minha vida mudou. Eu me fechei um pouco, parecia que as pessoas, sei lá, ficavam meio assim. Até uma das minhas patroas parece que ficou esquisita, fiquei em

casa um mês e aí ela não quis mais ficar comigo e me mandou embora do serviço.... Eu não queria falar nada dessa doença, mas ela mandou recado e eu liguei para ela e precisei falar... essa coisa que estava dando em mim.... Para as outras patroas não contei nada".

(Mulher, separada, empregada doméstica, 24 anos, 3ª série do 1º grau, Alta por Abandono)

Em outros depoimentos, apontou-se o processo de segregação, o qual implica no estabelecimento de limites espaciais que provocam um isolamento dos doentes. Nesta circunstância, o afastamento ou a exclusão do convívio familiar são mais exacerbado.

Alguns entrevistados, revelaram a intenção dos familiares em colocá-los em instituições hospitalares.

"(...) a minha mulher e a minha filha não se importaram nem tiveram medo ... A minha mulher queria me internar por causa da tuberculose, mas o médico da UNICAMP falou para ela que não era preciso, era para fazer o tratamento em casa, porque era igual ao remédio do hospital ...."

(Homem, casado, 52 anos, ajudante de motorista, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(...) Fui no postinho, a minha mulher falou para o médico para ele me internar, o médico não quis e falou que não precisava porque eu não estava louco, mas a minha mulher queria me internar por causa da tuberculose..."

(Homem, casado, 32 anos, pedreiro, 2ª série do 1º grau - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

" (...) A minha mãe queria que o médico da UNICAMP mandasse internar no hospital para fazer o tratamento... Ela falou para o médico que era melhor para mim..."

(Mulher, solteira, 26 anos, sem profissão, 4ª série, Alta por Abandono)

"(...) A minha família queria que eu fosse lá para o hospital, eles achavam que eu só iria ficar curado dessa doença quando ficasse no hospital o tempo certo, sem sair de lá antes do médico mandar ...."

(Homem, solteiro, 29 anos, ferreiro armador, 5ª série, Alta por Abandono)

O comportamento de pessoas próximas aos doentes, no sentido de isolá-los num espaço físico pré-determinado (hospital), tem relação com a sociedade, à medida que, esta apresenta forma, estrutura interna e limites que atuam como zona de defesa (DOUGLAS, 1976; RODRIGUES, 1983 ).

Os tuberculosos, nas situações referidas, se apresentam para suas respectivas famílias como uma ameaça e um sobretabalho, ou até mesmo um incômodo. A família, uma vez vivendo em condições de miséria (material e social), pressiona a instituição hospitalar, com a finalidade de que esta trate o doente fora do ambiente doméstico. Na visão destas famílias, a instituição resolveria a situação-problema, ocasionada tanto pela doença, quanto pelo alcoolismo ou uso de drogas. Neste sentido, a tuberculose é um problema que se soma aos já existentes.

Foi constatado ainda, a recusa em contar para as pessoas, fora do círculo de amizade, o verdadeiro diagnóstico da doença.

"(...) Não contei prá ninguém, só para minhas irmãs e para a minha mãe. Meus amigos nem sonhavam com a minha verdadeira doença, escondi de todos eles....."

(Homem, 24 anos, solteiro, auxiliar de refrigeração, 6ª série, Alta por cura)

"(...) Só contei para minha família, prá minha mulher e para os meus filhos, os netos eu não contei porque eles são pequenos e podiam se assustar..."

(Homem, 60 anos, casado, vendedor ambulante, 2ª série do 1º grau - lê e escreve pouco, Alta por cura)

"(...) contei para minha família e para minha sobrinha que trabalha na UNICAMP. Sabe porque eu não contei? porque as pessoas são muito ignorantes, não sabem nada e ficam pensando coisa da gente e depois viram a cara..."

(Homem, 67 anos, aposentado, separado, analfabeto, Alta por Abandono)

Segundo GOFFMAN (1988), há "uma estratégia, usada pelo sujeito desácreditável, que é a de controlar a informação sobre a sua condição, dividindo o mundo em um grande grupo, ao qual ele não diz nada e um pequeno grupo, que ele diz tudo e sobre o qual, ele se apoia". A grande maioria dos tuberculosos entrevistados, teve um comportamento condizente a esta estratégia empregada pelo sujeito desácreditável, que é a de manusear os riscos de sofrimento oriundos do estigma, contando apenas para a família sobre a sua enfermidade e ocultando-a dos demais, ou seja, de controlar a informação sobre sua condição de tuberculoso.

Outros entrevistados, no entanto, informaram à família e amigos.

"(...) Eu contei para minha família e para os meus colegas. Foi assim: falei para o Roberto, e de repente, todos estavam sabendo do meu caso..."

(Homem, 32 anos, solteiro, açougueiro, 7ª série, Alta por Abandono)

"(...) Eu contei para minha família e alguns amigos também. Eu fui levada para o hospital e por isso não tinha como esconder..."

(Mulher, 26 anos, solteira, sem profissão, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) Falei para o meu filho e para Maria, minha amiga de muitos anos, em quem eu confio muito ....".

(Mulher, 51 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

Dois entrevistadas revelaram o diagnóstico às amigas e não aos familiares, para não sofrerem evitação por parte destes. As entrevistadas residiam com seus familiares: uma delas morava com a irmã casada e a outra, com os filhos adultos.

"(...) Conteí para duas amigas que são minhas confidentes. Somos como irmãs e eu não tinha como faltar com a verdade...."

(Mulher, 44 anos, solteira, empregada doméstica, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) Eu comentei só com uma amiga ... porque o filho dela teve o mesmo problema meu, e ela me ajudava, me confortava e juro que não contaria mais prá ninguém..."

(Mulher, 22 anos, casada, auxiliar de limpeza, 7ª série, Alta por Cura)

Outra entrevistada revelou o diagnóstico ao chefe, como forma de justificar suas ausências do trabalho.

"(...) Só contei para pessoas da minha família .... pessoas que eu realmente confiava, meu irmão, cunhada e minhas irmãs ... contei também para o meu chefe direto porque ele precisava saber, porque eu tinha que ficar afastada...."

(Mulher, solteira, 26 anos, vendedora, 3ª grau incompleto, Alta por Cura)

A parcialidade na revelação do diagnóstico está relacionado ao fato da tuberculose ser uma doença contagiosa e ao 'medo' somado ao 'receio' que o doente tem de não ser aceito socialmente.

Conforme observamos, muitos entrevistados controlaram a informação em relação a tuberculose, comportando-se como indivíduos na condição de 'desacreditáveis'. E, além da ocultação, eles diziam-se portadores de outra enfermidade ou faziam uso de metáforas.

Dos doentes entrevistados, quatro, relataram o verdadeiro diagnóstico a outras pessoas, além daquelas pertencentes ao grupo familiar e afetivo. Entre eles, havia doentes com profissões ligadas ao setor de saúde (copeira e atendente de hospital), sendo, os mesmos, afastados do trabalho para tratamento. Todos os demais mencionaram 'pneumonia', 'gripe', 'bronquite', 'mancha no pulmão' e(ou) 'problema no pulmão'. Neste sentido, o depoimento que vem a seguir é exemplar:

"(...) se alguém perguntava para mim o que eu tinha, eu mentia, e falava que tinha pneumonia, principalmente no trabalho, não queria ser afastado, porque iria ganhar menos do que ganhava. Eu não me sentia bem mentindo, mas não tinha outro jeito... "

(Homem, 62 anos, casado, analista de leite, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

Mesmo quando os médicos e os profissionais de saúde procuram amenizar o estigma da tuberculose, este ainda persiste em suas diferentes nuances. A tuberculose ainda é vista como degradação física e moral, uma vez que, ser tuberculoso desqualifica o indivíduo.

"(...) Tenho vergonha, sou vergonhoso, falar para minha família, para meus filhos que sou um homem tuberculoso, tenho essa doença, eu sinto vergonha, fico chateado prá caramba..."

(Homem, 42 anos, casado, ajudante de produção, analfabeto, Alta por Cura)

"(.) Eu não queria contar da doença porque tinha vergonha, eu sabia que as pessoas relacionavam tuberculose com falta de cuidado e esse não era o meu caso..."

(Homem, 31 anos, solteiro, motorista de caminhão, 5ª série, Alta por Abandono)

Outras doenças, além da tuberculose, também são consideradas como símbolos de crenças, atitudes, valores e normas sociais, de modo que as características das enfermidades representam, para os indivíduos, aspectos de sua sociedade ou de suas relações sociais.

LEPARGNEUR (1987), afirma que, "em cada época, em cada cultura, existe uma doença que mais assusta, por ser ela a mais letal, a mais perigosa, a mais feia, por sua vinculação a qualquer fator negativo de ordem biológica ou cultural, juntando um desafio

objetivo a uma interpretação mais subjetiva, mais socialmente aceita. Aquela doença em particular passa, então, a ser a 'doença', por excelência, a representante do medo que ataca e ameaça a vida sadia e alegre: ela é a 'doença por metáfora'".

Segundo SONTAG (1984), nada tão poderoso como as 'doenças-metáforas' para marcar certas enfermidades que ensejam catástrofe e que tomam um caráter histórico dentro de determinadas épocas por mobilizarem o conjunto da sociedade.

A tuberculose foi a doença metafórica do século XIX. Era considerada incurável, ou, cujas probabilidades de cura eram distantes. Estava relacionada a uma morte romantizada, assumida em alguns casos e em outros, negada. Semeou heróis na literatura, teatro, música, e poesia (LEPARGNEUR, 1987). Podem ser encontradas, nesta época, características ambivalentes: "de um lado, os contrastes entre rubor e palidez, hiperatividade e prostração; como doença de rico (o poeta, o boêmio, a jovem contrariada em seus amores) e, por outro, como doença de pobre (a costureira, crianças pobres, mães trabalhadoras e pais operários doentes) figuras tristes de tantas histórias" (ORNELLAS, 1995).

A tuberculose contém e reflete as contradições que se produzem no século XIX, isto é, o crescimento vertiginoso da economia, produto do capitalismo emergente; o aumento das populações e sua transferência para as cidades e o avanço dos conhecimentos científicos. Assim, a tuberculose é a representação de uma época, que configura os dois lados da sociedade capitalista: "o pobre e o rico, ambos susceptíveis de adoecer, ambos mortais, porém suas histórias de doença vão ser diferenciadas" (ORNELLAS, 1995; BARREIRA, 1992).

Num contexto histórico, conturbado mas romantizado, do século XIX, que nas artes (literatura) mais que na ciência (Medicina), a tuberculose vai ser descrita, como símbolo metafórico. A doença, com sua evolução lenta e prolongada possibilitava a 'criação da história romântica' que, se contemplava na imagem diáfana, lírica e plena de sentimentos de morte (ORNELLAS, 1995; BARREIRA, 1992).

Com a descoberta do agente etiológico ( bacilo de Koch) e suas decorrências, deu-se uma modificação: o herói e heroína românticos são fontes de contágio, riscos para os

outros. A representação da tuberculose modifica-se acarretando mudanças nas relações sociais, seja no convívio familiar ou fora dele. Ela (tuberculose) deixa de ser a expressão de uma valor romântico para transformar-se num risco para toda a sociedade (a partir do contágio), permitindo a existência do fenômeno estigmatizante sobre o tuberculoso. Como mostram os depoimentos, este fenômeno permanece arraigado em nossa sociedade até os dias atuais. Desta forma, a tuberculose continua a despertar sentimentos de medo e de ameaças, experimentados, subjetivamente, pelos indivíduos.

## 2. REPRESENTAÇÕES DA TUBERCULOSE

Ao se referirem à tuberculose, os entrevistados, relataram experiências (pessoais, de membros da família ou de alguma pessoa de sua relação) com a doença. São estas situações que permeiam o discurso sobre a enfermidade, isto é, contextos de relações sociais nos quais as experiências da doença está presente e onde são elaboradas representações.

Há, sempre, a dimensão tempo, nesta representação, na qual a tuberculose é vista como doença 'incurável', no passado, envolvendo a separação e o isolamento do doente do convívio social, práticas estas prescritas pela Medicina, que tinha, nos sanatórios a forma de isolar e tratar os tuberculosos.

A tuberculose passou por mudanças quanto às formas de tratamento, sentidas pelos entrevistados, uma vez que, consideram-na curável, por meio dos remédios. Nesse sentido, reafirmam o discurso dos médicos, que tentam eliminar o estigma e minimizar os atributos depreciativos e negativos associados à tuberculose, e, ainda, convencer a clientela do caráter 'curável' da doença através dos meios científicos modernos.

Nos depoimentos, há referências à cura e ao tratamento.

" (...) a tuberculose tem cura, eu já sabia porque o filho da minha vizinha teve esse problema e ficou curado. Essa minha vizinha que é minha amiga, fez o filho dela fazer direitinho o tratamento.."

(Mulher, 22 anos, casada, auxiliar de limpeza, 7ª série, Alta por Cura)

"(...) a tuberculose pode ser curada, depende do doente, se eu não faço o tratamento como posso me curar?..."

(Homem, 67 anos, aposentado, separado, analfabeto, Alta por Abandono)

A representação da tuberculose, como contagiosa continua, tal como acontecia no passado, mas sendo acompanhada de conceitos médicos, isto é, critério de comunicantes.

Nos depoimentos dos entrevistados está sugerido que, através do contágio que adquiri-se a tuberculose, entendendo assim a doença como contagiosa. Deste modo, podemos afirmar que, houve incorporação de aspectos do conhecimento científico a respeito da enfermidade. Entretanto, eles interpretam que o contágio ocorre não pelo contato com o bacilo, mas, principalmente, com outros indivíduos, que acabam personificando a doença.

"(..) acho que peguei a doença por causa do contato, junto com meu pai, eu morava na mesma na casa e ele estava com a doença. Fiz o exame e o médico falou que eu estava com essa doença. Só eu de casa peguei ela, mais ninguém pegou....O meu pai disse prá gente que essa doença podia passar, aí quando eu vim tratar, a enfermeira e o médico disseram que esse era um jeito de pegar a doença, até a enfermeira falou um nome que não lembro agora, mas eu sei que é o nome que se dá prá esse jeito de pegar a doença, a gente tem que ficar bem perto da gente doente, só olhando não pega..."

(Mulher, 20 anos, casada, dona de casa, 5ª série, Alta por Cura)

"(.) Por mais que eu procure lembrar eu não consigo saber de quem eu peguei essa doença. Naquela época não aconteceu nada de diferente, assim de conhecer gente doente ou de fazer novas amizades. Mas, pode ser que alguma daquelas pessoas que já conhecia, tinha essa doença e, esconderam, mentiram prá mim. É isso daí: não sei como peguei a tuberculose, porque, na verdade, não me lembro de ter tido contato com ninguém que tivesse a doença, contato bem junto porque é assim que a gente pega essa doença. O médico falou que tem até um nome prá isso, essa gente que fica passando a doença para os outros...."

(Mulher, 48 anos, separada, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

Houve, também, a incorporação de termos usados pelos profissionais de saúde, que tratam da tuberculose.

"(.) foi uma luta chegar a saber o que eu tinha realmente. Fiz vários exames, até que levei um desses exames prá médica. Depois de olhar muito e pensar, ela disse: 'deu mesmo *tb*',. Ela conversou e explicou para mim que, como eu não tinha vírus, eu não contaminava, não precisava ter uma vida fechada e solitária como muitos doentes têm por aí. Depois ela deu o tratamento e eu comecei a fazer o tratamento, entrei no *esquema triplice*, o esquema normal da *tb* (...) ...."

(Homem, 32 anos, solteiro, açougueiro, 7ª série, Alta por Abandono)

GINZBURG (1991) vê este processo, de familiarização e assimilação de termos científicos, como parte de um entrosamento, no qual os dois lados envolvidos, se relacionam, ocorrendo uma circulação de saberes entre médico e paciente.

O uso de termos médicos por parte dos doentes é discutido por BOLTANSKI (1979). Segundo o autor, os membros das classes populares sentem satisfação em repetir ao pesquisador o que apreenderam do discurso de algum médico, tais como fragmentos de palavras e denominações científicas.

A familiarização e assimilação de termos científicos, conforme BOLTANSKI (1979), está presente nas situações em que certos tipos de representações, permaneceriam, na maioria das vezes, em 'estado latente', e de uma forma camufladas no discurso, vindo à tona pelo uso de alguns termos ou de imagens particulares.

Portanto, as representações dos pacientes e médicos são constituídas de saberes apropriados de forma mútua. BOLTANSKI, (1979); LOYOLA, (1984); MONTERO, (1985) e MINAYO, (1992) buscaram demonstrar que, tanto o esquema dominante é incorporado, quanto os médicos absorvem o senso comum e agem através dele.

A apropriação do saber médico ocorre no contato entre paciente, médico e enfermeira. O contato entre pacientes-profissionais de saúde permite que os doentes se apossam de alguns termos técnico-científicos ou conceitos da Medicina oficial constitutivos do discurso médico, passando, então, a existir uma junção de aspectos deste discurso com suas próprias representações sobre o corpo e a doença.

Neste processo, o paciente e os profissionais de saúde tornam-se detentores de alguns aspectos do referido discurso. Tais aspectos detidos deste discurso, pelos doentes, colaboram para que estes construam a representação da enfermidade e conhecimentos em torno dela. Neste processo, o médico informa pouco e parcialmente ao paciente, que, aceita apenas aquelas informações que consegue compreender.

Em alguns depoimentos, as representações sobre a tuberculose estão vinculadas a elementos fragmentados do saber médico e ao senso comum, oriundos de várias fontes: da experiência com a doença, das tradições do grupo social ao qual pertence o indivíduo, dos contatos com os médicos e serviços de saúde e com os meios de comunicação de massa:

"(...) A minha mãe teve essa doença, eu era pequeno, ela se curou, a coitada foi internada, ficou longe da gente ... naquele tempo tinha que internar, não tinha o tratamento que tem hoje em dia. Eu sabia que eu não ia ficar internado, porque o meu colega que tinha essa doença, tratou em casa e curou (..) eu fui mais de uma vez com o meu colega no hospital, aí conversa com um e outro, fica sabendo de coisas (..) entrei junto com o

meu colega para ver o médico, ele falou um tanto de coisas que eu não sabia (...) A minha filha teve, está curada, sarou antes de mim, nem ela e eu precisamos internar...."

(Homem, 46 anos, casado, metalúrgico - aposentado por invalidez, 7ª série, Alta por Cura)

"(.....) A gente conhece outras pessoas que têm tuberculose e elas falam que, antigamente, tinha que internar. Acho que é sanatório, nesse lugar a gente fica sozinho, longe de todo mundo. Quem falou isto foram as pessoas que tratam aqui no Ambulatório. Elas falaram que não tinha esses remédios e tratamento. Agora é melhor, porque a gente pode sarar, o médico falou que tem remédio, tem que tomar certo.."

(Mulher, 53 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

"(.....) Lembro que uma novela das seis horas, da Rede Globo, o Fábio Junior tossia muito, escarrava num balde e ficava isolado num quarto e então, eu tinha medo de ficar assim, isolada... Quando estava doente, tratei com remédios que ia buscar no posto e ia nas consultas, não aconteceu igual na novela, aprendi muito da doença, com os médicos e com as pessoas que eu conheci...."

(Mulher, 26 anos, solteira, vendedora, 3º grau incompleto, Alta por Cura)

"(..) ouvi falar que quem tinha essa doença precisava separar das pessoas, separar garfo e as coisa de comer. Hoje, não precisa separar nada, a enfermeira daqui do Ambulatório explicou que não precisa fazer isso, tinha que só tomar o remédio direitinho.."

(Homem, 60 anos, casado, aposentado, analfabeto, Alta por Cura)

"(..) as pessoas pensam que a tuberculose mata no tempo de seis meses há um ano. No começo eu também pensei, depois eu vi que não

era nada disso. Os médicos, as enfermeiras, falavam que o tratamento curava... hoje eu sei que é uma doença que tem cura e que não passo para outro sem um contato mais direto...."

(Homem, 37 anos, casado, despachante, 1º grau completo, Alta por Abandono)

"(....) Antigamente, a tuberculose era um bicho de sete cabeças, todo mundo se afastava, até os médicos para atender o tuberculoso. Hoje em dia a gente sabe que ela tem cura ... e está cheio por aí, a gente vê isso nos hospitais..."

(Homem, 32 anos, solteiro, açougueiro, 7ª série, Alta por Abandono)

"(....) Naquela época ... quando você sabia que tinha *tb* , você separava colher, a roupa de casa tinha que ferver ou queimar ... e tinha gente que chegava a morrer, eu conheci ..... naquela época a gente ficava com medo porque diziam que a tuberculose mata e hoje em dia é tudo diferente, tem tratamento, ela mata você se não fazer o tratamento direito..."

(Mulher, 44 anos, solteira, empregada doméstica, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) Quando o médico falou da doença fiquei muito assustada. Eu já tinha ouvido falar que a tuberculose matava e já matou muitas pessoas. Saí do consultório apavorada, chorei, tinha medo de ter que ficar internada nesse hospital e ficar isolada, sem ninguém da minha família, mas não precisou (...) Fiz o exame e descobri que estava curada ..."

(Mulher, 23 anos, casada, vendedora, 5ª série, Alta por Abandono)

"(....) Quando o médico falou que eu tinha tuberculose fiquei meio preocupado porque antigamente não tinha cura ... eu conhecia muitas pessoas com tuberculose, teve muitas que morreram (...) Agora, a gente sabe que essa doença não mata, tem remédio para ela..... "

(Homem, 51 anos, casado, pedreiro, 3ª série do 1º grau, Alta por Cura)

“(...) Já tinha visto casos no hospital, sabia do tratamento, que é contagiosa, mas que não deve causar preocupação porque o remédio é eficaz e em seis meses a gente já está com alta..”

(Mulher, 31 anos, casada, copeira do hospital, 5ª série, Alta por Cura)

"(..) eu já conhecia a doença sim, minha irmã já tinha falado dela eu tinha muito medo porque minha mãe falava que essa doença era perigosa e com ela não podia brincar... Eu penso que essa doença é muito ruim, que se não se tratar pode matar... "

(Mulher, 29 anos, casada, empregada doméstica, analfabeta, Alta por Cura)

As representações relativas à tuberculose, no grupo estudado, foram influenciadas pelo conhecimento prático (experiências vividas com a própria doença); pelas representações tradicionais sobre ela; pelo contato com outros doentes (familiares ou não) e, ainda, pelos especialistas que trataram-na.

Os depoimentos sugerem a reformulação da representação da tuberculose como doença que 'mata', isola (pensando em internação hospitalar) ou incurável, pela conceituação de curável e tratável. Neste processo de reformulação, há uma convivência do passado com o presente, isto é, dos pré-conceitos e pré-concepções do passado, com os conceitos e concepções adquiridos mais recentemente (quando do contato com médicos e serviços de saúde, atualmente, mais extensivo à população, do que no passado).

A representação da tuberculose vai além dos aspectos terapêuticos, ou seja, ela representa, transtorno, quebra da rotina ou incapacidade do indivíduo para executar atividades, coincidindo, portanto, com aquela da doença em geral.

BOLTANSKI (1979), em seu estudo sobre o corpo, define a doença, na perspectiva das classes populares, “como aquilo sobre o que não se tem poder, constituindo para elas naquilo que interrompe o tempo, que corta, inutilmente, o desenrolar normal da vida e oblitera o futuro”.

Nesta representação, a referência ao corpo está permeada pelo discurso sobre a relação instrumental do corpo. Tal representação, considera a inserção destes indivíduos no processo produtivo, no qual o corpo é o único instrumento de trabalho e, a doença, o elemento de ruptura com o uso 'normal' (labor). Quanto à saúde, constitui-se em parâmetro da normalidade corporal produtiva e da aptidão para trabalhar. Vários estudos, realizados no Brasil, sobre representações de saúde e doença entre as classes trabalhadoras, reafirmam tais representações (LOYOLA, 1984; MONTERO, 1985; COSTA, 1980; CANESQUI, 1976, 1992; MINAYO & SOUZA, 1989; MINAYO, 1991, 1992).

Na representação da tuberculose, dá-se o desmembramento do corpo biológico em um ou mais órgãos, onde se localizam os sintomas. A partir desta idéia, constrói-se uma outra, a qual é totalmente distinta do indivíduo, pois, acredita-se que a doença veio se fixar em determinado(s) órgão(s) e não no corpo todo.

Essa concepção localizadora da doença, procura relacionar cada sintoma isolado com um órgão específico do corpo, por exemplo, 'dor nas costas' e(ou) 'dor no peito'.

MONTERO (1985), considera esta idéia localizadora, adotada pela classe trabalhadora, como sendo essa justamente a linguagem adequada para caracterizar os sinais que dizem respeito à experiência da doença. Para a autora, esta forma de exposição verbal não deve ser interpretada como uma incapacidade taxonômica típica das classes populares, como o faz BOLTANSKI (1979), ao contrário, seria uma capacidade singular de uma classe, que é "socialmente condicionada, a manipular e memorizar as taxinomias mórbidas, utilizadas pela Medicina oficial na decifração dos sintomas".

A tuberculose também está representada pelos estados de matéria, dando-se a idéia de algo sólido e inteiro sendo destruído, sem uma forma de controle.

"(...) eu achava que eles, os 'bichinhos', iam comendo o meu pulmão até morrer....".

(Mulher, 48 anos, separada, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

" (...) hoje em dia , depois que eu tive essa tal tuberculose eu tenho um pulmão comido...."...

(Mulher, 51 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

"(..) quando eu estava doente, eu tinha aqui na minha cabeça que o negócio vai roendo tudo, sem parar..."

( Homem, 63 anos, casado, aposentado, analfabeto, Alta por Cura )

" (...) Ah, essa tosse que judia tanto da gente, quando eu tossia parecia estar tudo oco dentro do meu corpo....."

(Homem, 24 anos, solteiro, ajudante geral, 4ª série, Alta por Cura)

A imagem de alguma coisa que corrói, por dentro, corresponde à da destruição dos tecidos por um invasor. Esta visão devastadora da ação do micróbio no organismo associa-se a uma das características da tuberculose: formação de cavernas pulmonares, representada, pela clientela, como sentir-se 'oca por dentro', ou como um 'espaço vazio'.

Algumas expressões demonstram a invasão metafórica:

"(...)ela entra dentro da gente e o negócio vai roendo tudo.....".

"(..) ela acaba com o pulmão da gente...".

"(...) eu tinha pneumonia e aí atacou o pulmão...".

"(..) ficava sempre gripada e sempre atacava a garganta e aí, peguei a tuberculose...".

A expressão metafórica de 'ataque' dá aos doentes uma conotação de vítimas, visto que, trata-se de uma representação em que a doença reveste-se de um caráter agressivo e invasor. Em outros termos, há uma imagem construída a partir do corpo ou de algum órgão (por exemplo o pulmão) invadido por algo que vem de fora (entidade inimiga e estranha), que se instala e começa a corroer o(s) órgão(s) do corpo do doente.

Entretanto, a clientela não detém a idéia do bacilo, não se referindo explicitamente a ele, embora os profissionais de saúde tentem transmitir-lhes esta idéia. Micróbios, entre as classes populares, segundo CANESQUI (1976), são seres visíveis, sendo identificados genericamente com as impurezas ou detritos contidos na água ou alimentos.

Embora não se refira explicitamente aos bacilos, as classes populares representam a tuberculose como algo que invade, mantendo nesse sentido, uma representação ontológica do mal.

Desta perspectiva, portanto, a tuberculose é considerada como resultado de uma intervenção externa, ou seja, "um acidente qualquer devido à ação de um elemento estranho (real ou simbólico) ao doente que, a partir do exterior, vem se abater sobre este último" LAPLANTINE (1991).

Da mesma forma que outras doenças, a tuberculose tem outras representações, entre elas o impedimento de exercer atividades rotineiras. Assim, a enfermidade tende a ser percebida somente quando ocorre a incapacitação do desempenho social, sendo que, o seu inverso, a saúde, é concebida como capacidade para este desempenho.

Deste modo, as representações da doença e da saúde, estão intimamente relacionados com a representação social do corpo, elaborada pelas classes populares. Há, então, uma relação direta entre a forma de perceber e representar o corpo e o uso social desde, isto é, "as percepções corporais são também função da forma que os indivíduos usam e dependem do corpo ou de sua atividade física, para garantir a sua existência material" (BOLTANSKI, 1979).

É importante frisar que, a tuberculose é uma doença que ultrapassa a barreira biológica, e antes dela ser mero desvio ou disfuncionalidade biológica é um problema social, identificado como 'transtorno', 'drama de vida' ou como incômodo e obstáculo, que impede o curso normal da vida.

As maneiras de relatar e representar a tuberculose, conforme os depoimentos, são singulares, com características próprias a um dos seguimento das classes populares urbanas que, por sua vez, "é heterogênea quanto à sua origem, experiências de vida, inserção nas relações sociais de produção, e aos graus de socialização com os cânones da ciência médica e da desigualdade de acesso imperante no acesso aos serviços de saúde" (CANESQUI, 1992).

Na literatura pertinente ao tema, há estudos que deixaram abertas as possibilidades de desvendarem-se entre outros aspectos, a especificidade de classe nas

configurações das representações referentes da saúde e doença. BOLTANSKI (1979) diz que, o discurso da enfermidade efetuado pelos membros das classes populares mostra-se distante da lógica do discurso médico. A linguagem dos sintomas, por exemplo, é 'desarticulada e caótica', pois não se dá a partir de uma seleção e ordenação dos sintomas, num sistema de causalidade biológica, apoiando-se numa interpretação da patologia enquanto vertente biológica que significa sobretudo disfunção e desequilíbrio, como seria dentro dos padrões da Medicina oficial, salienta o autor.

Assim, o discurso da doença não é simples, pois pode ser elaborado a partir de espaços deixados pelo discurso médico e, principalmente, pelas deficiências de comunicação entre médicos e pacientes, além de conter idéias, valores e crenças.

BOLTANSKI (1979) afirma que, o médico só transmite informações parciais, sem buscar alternativas para favorecer a comunicação entre ele e o paciente, tornando-a deste modo, deficiente. Segundo o autor, a subtração que faz o médico, ao transmitir informações, tem a função de não permitir que o doente mantenha uma relação reflexiva com o corpo e a doença.

Uma vez sem opções, diz BOLTANSKI (1979), estes indivíduos acabam por utilizar de seus próprios meios ou 'recursos de bordo', iniciando a reconstrução de um "discurso com materiais fragmentados e heteróclitos, palavras mal entendidas, frases desconsertantes, arrancadas do discurso médico".

Observou-se que, esta reelaboração e reinterpretção dos conceitos médicos estiveram presentes nos relatos de alguns entrevistados, como se eles tentassem, a todo momento, aproximar sua linguagem do discurso médico.

Consideramos que, as representações da doença, detidas pelos segmentos das classes populares, tanto incorporam os diferentes discursos, procedentes da Medicina oficial e não-oficial, conforme afirma BOLTANSKI (1979), como representam elementos que se constroem e reconstroem culturalmente num processo dinâmico, no curso das oportunidades de vida, acrescidos da experiência dos sujeitos sociais. Nesse sentido, as representações ou a elaboração vão além do contato médico, pois existem influências sociais e culturais, somadas às relações com outras práticas de cura, entre elas a religiosa e familiar.

MONTERO (1985) esclarece que, “a fragmentação, presente no discurso das classes populares, sobre a enfermidade, faz parte da ‘fraqueza’ da cultura popular, juntamente com a não-universalidade de sua consciência, e a absorção dos valores dominantes. Embora a ‘fraqueza’ seja parte da fragmentação, é ela que define sua força”.

Segundo a autora, mesmo sendo particular e fragmentada, a produção discursiva e as práticas dominadas não são simplesmente reprodutoras dos valores hegemônicos, como pode transparecer, visto que, o que se tem é uma estratégia, decorrente da convivência com as contradições inclusas no próprio discurso ideológico que as nega, e da incapacidade de opor-se ao jogo dominante. Enfim, “esta estratégia se constitui na aceitação aparente do discurso ideológico pela cultura popular para melhor corrompê-lo”.

Endossamos a opinião de MONTERO (1985), quando afirma que, ao buscar entender as representações sobre doença não se deve reduzi-las à perspectiva difusora das normas médicas, mesmo que a Medicina científica seja dominante e legitimada, uma vez que, há uma reconstrução do discurso médico intercalado com o popular. Ou seja, constroem, com o discurso dominante, um outro, no qual expressam, através do jogo das reinterpretações, suas próprias representações sobre qualquer fenômeno vivenciado por eles, entre os quais, a enfermidade.

Conforme a autora supracitada, o caráter de subordinação do discurso popular à ideologia dominante, traduzida pela ideologia médica é parcial, pois o discurso popular, em alguns momentos, está acompanhado de conhecimentos da Medicina oficial, e se configura numa reinterpretação e recriação, cuja base conceitual se dá pela Medicina, já em outros momentos tem representação própria. Tal processo se converte na prova de que a assimilação e a manutenção desta ideologia, pelas classes populares, não é algo que se dá passivamente.

Resumindo, na reinterpretação e recriação temos a interação dos conceitos da Medicina oficial, difundidos pelo contato dos médicos com a clientela, e dos conceitos antigos, já assimilados pelo doente. Há, neste processo, o intercâmbio de informações e pareceres, entre a Medicina erudita e a popular; e, ainda, um conjunto de elementos que colaboram na construção dessas representações sociais.

Neste conjunto de elementos, podem ser encontrados os valores e as normas de comportamento ideais, que fazem parte do modo como os membros das classes populares vêem e pensam o mundo, que por sua vez, origina-se de sua construção sociocultural da realidade.

Assim, a representação da doença, baseia-se em fatos ou situações vividas, associadas ao um conjunto de elementos e não apenas pela brechas deixadas pelo discurso médico, particularmente pelas deficiências na comunicação entre o médico e o paciente das classes populares, como interpreta BOLTANSKI (1979).

### 3. CAUSAS DA TUBERCULOSE

As causas da tuberculose não estavam nítidas para o grupo estudado. Entretanto, foi possível estabelecer algumas referências classificatórias dessas causas, incluindo-se as sócio-econômicas, naturais; comportamentais e relacionais.

Observaram-se causas relacionadas ao mundo social, situadas fora do controle dos indivíduos. A tuberculose foi associada às condições de 'pobreza', 'carência material', à 'falta de alimentação', as quais debilitam o organismo. A expressão mais freqüente foi a 'fraqueza'.

"(...) Eu sou filho de criação. Na minha família de sangue, a minha mãe falou que cinco parentes tiveram essa doença... na minha família de sangue a gente come mal, não tem apetite e acaba ficando fraco.."

(Homem, 28 anos, feirante, solteiro, 2º ano do 2º grau, Alta por Cura)

"(..) Acho que fiquei doente porque estava fraca, mas não tenho certeza como foi. Se imagina que as pessoas pegam tuberculose porque estão debilitadas, fracas...".

(Mulher, 22 anos, solteira, 7ª série, auxiliar de limpeza, Alta por Cura)

"(..) naquela época eu também estava um pouco fraco, não estava comendo direito .. então essas coisas ajudam a pegar a doença, ainda essa daí...."

(Homem, 42 anos, casado, motorista de caminhão, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(..) acho que fiquei doente porque a vida da gente é difícil, tem muita dificuldade, o dinheiro é pouco, não dá para nada e aí a gente fica fraco, come mal e às vezes nem dá para comer..."

(Homem, 44 anos, casado, pedreiro - aposentado por invalidez, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono))

Outros entrevistados atribuíram ao comportamento, que foge às normas ideais (vida boêmia, desregrada, vício, falta de higiene) a origem da doença, considerando-se responsáveis por seu adoecimento.

"(..) a falta de cuidado e de higiene ajuda a pegar a doença, no meu caso foram as drogas, cocaína e crack...."

(Mulher, 24 anos, empregada doméstica, separada, 3ª série do 1º grau, Alta por Abandono)

"(..) Eu peguei ela porque vivia à noite, não dormia direito e nunca tomei cuidado com objeto dos outros, usava até cuecas dos colegas...."

(Homem, 32 anos, montador de cadeira, solteiro, 6ª série, Alta por Abandono)

"(..) Eu acho que peguei a doença dos outros que ficavam no bar, tinha muitos amigos que estavam mal que nem eu estava, eles iam lá, ficavam com a gente e bebiam no meu copo..."

(Homem, 29 anos, ferreiro armador, solteiro, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) Acho que fiquei com essa doença porque eu tomava uns aperitivos nos copos dos outros amigos do bar...."

(Homem, 52 anos, ajudante de motorista, casado, analfabeto, Alta por Abandono)

Em outros depoimentos, foram referidos elementos do mundo natural: o clima, a umidade, o ar, a chuva, o frio, e as infecções causadas por microorganismos e, ainda, as causas relacionais, especificamente, o contágio, transmissão direta (pessoa a pessoa) ou indireta.

Houve referências ao ar como transmissor da doença, sugerindo que ele estivesse impregnado ou poluído pelo 'vírus da tuberculose'.

"(...) Acho que peguei a tuberculose pelo ar, algum 'bichinho' que respirei, acho que pode ser do hospital, fiz tratamento por causa de outros problemas de saúde.."

(Mulher, 51 anos, dona de casa, viúva, analfabeta, Alta por Cura)

"(...) A *tuberculose é um vírus* que se pega pelo ar, acho que foi assim que eu peguei a doença, prefiro não falar mais..."

(Mulher, 44 anos, atendente de enfermagem, casada, 5ª série, Alta por Abandono)

Estas causas aproximam-se das explicações da doença, em que microorganismos ('bichinhos', vírus ou micróbios) aparecem como agentes etiológicos. Neste caso, diz-se que, houve uma reinterpretação da Medicina científica, sendo os vírus vistos como agentes externos que penetram o corpo.

O frio foi considerado como agente causador da tuberculose. Esta concepção, relativa aos fatores climáticos, está associada à Medicina antiga, que atribui a fatores externos a origem das doenças.

"(..) Ah! sei lá. Eu não sei porque tive a tuberculose, acho que é da friagem. Aqui o médico não falou nada. Mas para mim foi por causa da friagem...."

(Mulher, 53 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

"(..) Eu acho que é da friagem, eu tomei muita friagem, sempre trabalhei na limpeza de rua, tomava chuva, no frio a gente sofria muito, e quando era calor a gente molhava a camisa e não podia trocar...."

(Homem, 60 anos, casado, serviços gerais, analfabeto, Alta por Cura)

"(...) o médico falou que foi por causa da pneumonia e da gripe que eu peguei essa doença. Eu acho que é da friagem, eu tomei muita friagem, eu trabalhei na roça, na lavoura, o serviço é pesado e a gente tem que trabalhar na chuva, no sol, de qualquer jeito tem que trabalhar e aí a gente fica pegando tanto doença...."

(Mulher, 29 anos, empregada doméstica, casada, analfabeta, Alta por Cura)

Estes depoimentos relacionam a doença as atividades profissionais, visto que, os entrevistados são expostos às intempéries do clima e ao tipo de trabalho, considerado 'pesado', o qual requer o uso corporal intenso (trabalho braçal desempenhado ao ar livre na zona rural).

Outras menções sobre a etiologia da tuberculose foram apontadas, reforçando sua representação como enfermidade contagiosa.

"(...) Acho, que peguei essa doença de um namorado que eu tinha, ele tossia muito, mas eu nem desconfiava que ele tinha essa doença, ele nunca falava nada de ter doença que passa para outras pessoas....".

(Mulher, 26 anos, solteira, sem profissão, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) Como eu peguei foi assim: contato junto com meu pai, eu morava na mesma casa .... o meu pai teve ....deu como curado...".

(Mulher, 20 anos, casada, dona de casa, 5ª série, Alta por Cura)

(..)Eu não tenho idéia de como peguei a doença, não sei de ninguém que tinha ela, nem de casa, e nem dos colegas(...) acho, que pode ser de alguém que encontrei por aí!...."

(Homem, 21 anos, solteiro, sem profissão, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) Acho que peguei no ônibus. Eu estou bem lembrada, conversei com uma pessoa que eu achava que estava gripada, mas agora, eu sei, ela tinha essa doença. Ela tossia muito e era magra que só vendo, parecia um palito de fósforo..."

(Mulher, 48 anos, separada, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) Acho que peguei lá no hospital a doença, sabe como que é hospital, tudo mundo doente, quase podre, uns estavam morrendo, o padre foi lá por a vela na mão desses doentes ruins....".

(Homem, 44 anos, casado, aposentado, pedreiro, 2ª série, Alta por Abandono)

Estes depoimentos reforçam a representação da tuberculose como doença contagiosa (idéia de contaminação). Tais idéias, envolvem relações pessoais ou com algum objeto, lugar ou clima contaminado, não sendo mencionado o contágio através do bacilo de Koch.

Os depoimentos sugerem que, a tuberculose está ligada ao contexto biológico, ambiental e social. Neste sentido, as concepções etiológicas são multicausais, abarcando os domínios natural, sócio-econômico e relacional.

#### 4. COMO TORNAR-SE DOENTE

Uma das questões, colocadas para os doentes entrevistados, buscava saber como havia sido identificada a tuberculose. Foram destacadas, nas respostas obtidas, os sinais da doença: - a tosse (com ou sem expectoração), a dor torácica, o emagrecimento, o cansaço e (ou) fraqueza, a sudorese noturna, febre e perda de apetite.

Segundo os entrevistados, inicialmente nenhum suspeitou que se tratasse de tuberculose, interpretando os primeiros sintomas como fato normal, sem significado de doença. Somente passaram a considerá-los como uma provável enfermidade (sem ser especificamente a tuberculose) a partir do agravamento dos sintomas.

Perceberam a tuberculose como uma ruptura em relação ao estado normal, isto é, a doença seria aquilo que impede o indivíduo de fazer o uso habitual de seu corpo, nos vários aspectos de sua vida. Em virtude disto, observou-se com frequência o emprego de algumas expressões, tais como, 'não agüentava mais ficar em pé.' ; 'só ficava deitado...'; 'não levantava para fazer nada...'

Se o modo como perceberam a doença teve como referência determinados sintomas (impedindo o uso do corpo), a maneira como souberam tratar-se de tuberculose, associou-se diretamente ao diagnóstico médico, quando realizaram exames bacteriológico e (ou) radiológico.

A procura pelos serviços de saúde aconteceu em virtude do agravamento dos sintomas. As referências a alguns destes sintomas, revelam a intensidade do mal-estar generalizado.

“(..) Comecei a senti muita febre, molhava a camisa à noite, suava e tinha febre, doía de lado e eu não podia deitar daquele lado porque doía muito.....”

(Homem, 46 anos, casado, metalúrgico, aposentado por invalidez, 7ª série, Alta por Cura)

"(...) Eu suava bastante, tinha febre, dor também no peito, nas costas, muita fraqueza, cansa....".

(Homem, 67 anos, aposentado, desquitado, analfabeto, Alta por Abandono)

"(..) Eu tossia muito, tosse forte, que varava a noite, doía também o pulmão.."

(Homem, 24 anos, solteiro, auxiliar de refrigeração, 6ª série, Alta por Cura)

"(..) Eu tossia e saía sangue com a tosse, praticamente o dia todo, e à noite a tosse retornava e doía demais o pulmão, e tudo ficava pior...".

(Mulher, 26 anos, vendedora, solteira, 3º grau incompleto, Alta por Cura)

"(..)Eu tinha muita tosse, e essa tosse era forte, parecendo que ia arrancar o pulmão fora...".

(Mulher, 34 anos, empregada doméstica, solteira, 5ª série, Alta por Abandono)

"(..) Eu comecei a tossir, tossia demais do normal, tinha coceira na garganta, que me irritava, tinha também dor nas costas que piorava quando eu tossia"

(Homem, 60 anos, casado, vendedor ambulante, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

"(..) Era dor nas pernas, dor nas costas, dor na barriga, dor por todo corpo, um sofrimento só ....."

(Homem, 24 anos, solteiro, ajudante geral, 4ª série, Alta por Cura)

"(..) Eu sentia só uma dorzinha, mas aí, eu comecei a sentir uma dor no pulmão, que me incomodava demais! A dor era dia e noite, não passava, não tinha o que cortasse..."

(Homem, 62 anos, casado, analista de leite, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

Entre as classes trabalhadoras (na qual se insere a clientela), a busca pelo atendimento médico é quase sempre tardia, moldada pela maneira de percepção do corpo, e pelas condições de acesso e disposição de bens e serviços de saúde, conforme afirmam CANESQUI (1992) : LOYOLA (1984).

BOLTANSKI (1979), em seu estudo sobre os usos sociais do corpo, afirma que, todas as sensações são fruto de um aprendizado específico ou difuso, implícito ou consciente. Neste sentido, a identificação das sensações (de dor ou de mal-estar, por exemplo), longe de serem uma percepção de primeiro grau, resultam de uma série de operações lógicas de oposição (ao estado de bem-estar) e de aproximação (dor nas costas ou dor no peito, aproximando-se da localização do pulmão, por exemplo) que permitem ligar um sintoma específico a um determinado órgão.

À medida que há ligação entre uma sensação e um determinado órgão do corpo, são realizadas a leitura e interpretação dos sintomas, pelo doente e dos sinais, pelo médico.

Para os doentes, os sintomas podem ser observados e 'diagnosticados' não só por eles, mas por outros indivíduos de seu grupo ou classe. Tal comportamento é parte de um processo de comunicação, em que idéias são difundidas e partilhadas por vários personagens: membros da família, amigos, que compartilham as experiências da doença nas relações sociais. Portanto, a percepção das sensações, enquanto alterações, faz parte de um aprendizado que diz respeito a significados socialmente compartilhados (FERREIRA, 1993).

Segundo MINAYO (1992), os fenômenos da morbidade, da saúde, assim como da morte, "não se reduzem a uma evidência 'orgânica', 'natural' e 'objetiva', encontram-se extremamente relacionados com às características de cada sociedade".

Os cientistas sociais (antropólogos e sociólogos), colocam que, o doente ao tentar interpretar sua doença particular, não o faz apenas com base em sensações

fisiológicas, pois a própria leitura destas sensações é uma construção social. Nesse sentido, "a doença é uma realidade construída e o doente um personagem social" (MINAYO, 1992).

A doença, sendo uma construção social e o corpo sendo reflexo da sociedade, articula significados sociais, que torna a enfermidade não apenas um mero recipiente de processos especificamente biológicos. Desta forma, o corpo doente é portador de significados sociais, à medida que, sensações corporais vivenciadas pelos indivíduos e as interpretações apresentadas, do ponto de vista médico em relação a essas sensações, são construídas conforme referenciais específicos relacionados às esferas biológica e social.

Freqüentemente, a capacidade de exprimir e identificar as mensagens corporais está ligada a uma interpretação que, por sua vez, está associada a representação de corpo e de doença, que procura determinada significação. Esta capacidade de entender, identificar e exprimir as mensagens corporais varia com a aptidão para verbalizá-las e cresce quando se passa das classes populares às classes dominantes, conforme afirma BOLTANSKI (1979).

No grupo estudado constatou-se que, os relatos referentes à tuberculose constituíram-se de descrições multifacetadas, comprovando-se, assim, a vigência de maneiras próprias para defini-la, decorrentes do conteúdo da linguagem, que fornece uma especificidade ao modo de comunicar a doença.

Ao se referirem à tuberculose, os doentes entrevistados ainda, mencionaram um conjunto de sintomas que são fundamentais na identificação da doença por parte dos enfermos, conforme veremos a seguir.

#### **4.1. A dor**

A presença ou a ausência da dor associa-se às idéias de saúde e doença, quais sejam: 'a doença é sentir dor'; 'a saúde é não sentir dor'; 'doença é sofrimento, remédio, exame, dói tudo'; ou, ainda, 'a doença é ruim porque dá dor, saúde é bom porque é sem dor'. Tais expressões sugerem que, a dor é parâmetro não só para a representação da doença como

também a da saúde que, neste caso, será representada pela ausência de sofrimento físico.

Assim, a dor tem seu tempo de aparecimento, duração e término. Este término, muitas vezes é interpretado como o fim da enfermidade, correspondendo, portanto, à cura.

"(...) Comecei a sentir curado quando não tinha mais nada, nenhum sintoma, não sentia mais dor, tosse e nem febre....".

(Homem, 28 anos, solteiro, feirante, 2<sup>o</sup> ano do 2<sup>o</sup> grau, Alta por Cura)

"(...) Eu não tinha mais nada, e nem parecia que tinha tuberculose, tudo tinha sumido, a dor no peito passou, a tosse e a fraqueza também tinham passado...".

(Mulher, 29 anos, separada, empregada doméstica, 5<sup>o</sup> série, Alta por Abandono)

"(...) Quando falaram que eu não tinha nada, no hospital, eu já não sentia mais nada, tudo tinha ido embora, aquelas coisas de dor, de tosse forte, a febre à noite que molhava a camisa; eu me senti forte de novo...."

(Homem, 51 anos, casado, pedreiro, 4<sup>a</sup> série, Alta por Cura)

"(..) Estava curado quando não senti dor no peito, a dor que ia parar nas costas, a tosse aos pouquinhos acabou junto com o catarro, não tive mais a fraqueza e nem o desânimo, engordei, sentia-me disposto...."

(Homem, 24 anos, solteiro, ajudante geral, 4<sup>a</sup> série, Alta por Cura)

Foi constatado o uso de associações metafóricas para descrever a dor. O emprego de metáforas denota um intercâmbio de saber entre médico e paciente, cujo resultado será a possibilidade dessas metáforas usadas pelos pacientes, serem incluídas no discurso médico

Segundo FERREIRA (1993), isto ocorre, por um lado, pela formação do médico, que a literatura médica valoriza e, por outro, pelo contato com o paciente. Os médicos apreendem os termos próprios dos pacientes quando conseguem visualizar aspectos do cotidiano dos doentes os quais estão incorporados nas representações de corpo.

Na visão da autora, o processo saúde-doença não é reduto exclusivo da Medicina oficial, já que, estudos sobre a história desta Ciência, revelam que, o conhecimento médico é uma construção influenciada por concepções do senso comum, como um trânsito de mão dupla entre o saber científico e o saber popular. Desta perspectiva, o saber médico, além de ser socialmente construído, encontra-se em constante reformulação.

São exemplos deste intercâmbio de conhecimentos, os depoimentos a seguir, nos quais, recorreu-se à metáfora 'pontada' para representar a dor. Tal termo, usualmente, é empregado pelos médicos, no momento de informar aos pacientes o diagnóstico de pneumonia.

"(...) Eu sentia dor no peito, era uma dor diferente, dava uma pontada no peito que ia e voltava...."

(Homem, 60 anos, separado, aposentado, analfabeto, Alta por Abandono)

"(..) Eu lembro quando a dor começou, primeiro deu uma pontada do lado do coração, mas não era no coração, o médico falou que a pontada era no pulmão...."

(Homem, 52 anos, casado, ajudante de produção, analfabeto, Alta por Abandono)

A tendência para o uso do termo metafórico 'pontada' sugere, também, a relação com a representação de algo agressivo que, em última instância, significa sofrimento.

BOLTANSKI (1979), classifica as características da dor conforme sua localização: "...de modo geral, parece que as doenças torácicas (congestão pulmonar, pleurisia, tuberculose, etc.) são sentidas sob a forma de dores puntiformes (...) na pleurisia, sente-se 'pontadas nas costas'".

Além da dor ser uma resposta biológica universal e individual à estímulos nocivos, advindo do corpo ou de fora dele, podemos, também, dizer que, a dor e a morte são indissociáveis, uma vez que, a dor está para a doença assim como a doença está para a morte. Segundo FOUCAULT (1980), “não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece”.

O fato do indivíduo adoecer de tuberculose não significa, necessariamente, que irá morrer, já que esta é uma doença tratável e curável. Porém, o medo da morte sempre existe e talvez este seja o sofrimento maior, pois, num passado não distante, ela causava óbitos entre aqueles que a contraíam.

A dor traz desconforto e sofrimento, paradoxalmente, ela pode ser, conforme LEPARGNEUR (1987), absolutamente necessária para o bem estar e a conservação da vida. Isto, porque “assinala a presença do inimigo em nós, além de indicar o ponto exato que ele ocupa, sugere meios de expulsá-la, faz-nos aceitar os remédios mais repugnantes e sofreremos as intervenções mais terríveis, até sacrificar um membro para salvarmos o corpo”. Considerando que, a dor poderá evitar um sofrimento ainda maior, representado pela morte, não parecerá paradoxal, tal valorização atribuída a dor, por parte deste autor.

Tais constatações estão em conformidade com o que observamos no Ambulatório. Muitas vezes, na sala de espera, ouvimos diálogos entre os tuberculosos, os quais mencionavam o medo de morrer, porque a dor atingira o limite máximo tolerável por eles, de tão intensa que se tornou. Este foi o momento que antecedeu a procura por cuidados médicos.

Uma entrevistada relata a dor e o medo da morte:

“(...) Sabe, quando o médico falou que eu estava com tuberculose, eu senti um alívio grande, porque assim eu encontrei a minha salvação, porque eu estava provavelmente morta. Tinha tanta dor, que só que teve essa dor, sabe o que é isso (...) era muito sofrimento para uma pessoa sozinha (...) pedia a Deus para me ajudar, achar um caminho. Eu não queria morrer..”

(Mulher, 22 anos, solteira, auxiliar de limpeza, 7ª série, Alta por Cura)

Constatamos que, a dor além de causar um desconforto físico inspira um sofrimento subjetivo, isto é, o medo da morte. A sua percepção e o seu relato são influenciados por um conjunto de elementos, que vão desde a crença até as representações sobre corpo e doença.

#### 4.2. A fraqueza

A 'sensação de fraqueza' ou simplesmente fraqueza, referido por todo o grupo estudado, engloba significados que vão desde uma constituição física até a sensação de desânimo, associada a aspectos físicos e morais. Quanto ao aspecto físico, a fraqueza traz conseqüências, tais como indisposição para o desempenho regular das atividades cotidianas: trabalho, lazer, estudo e visitas aos amigos e parentes. .

O desânimo, visto como resultado do estado de fraqueza, faz com que o indivíduo doente sinta-se 'fraco para trabalhar', por exemplo. Além disto, a idéia de fraqueza física está ligada à fraqueza moral, no sentido de que, a doença enquanto desordem e incapacidade pode tornar o indivíduo um fraco perante a sociedade.

Segundo MONTERO (1985), a 'fraqueza' exprime, ao mesmo tempo, 'causa e expressão de uma desordem mais ampla', sendo exemplo a desorganização da família nos aspectos afetivos e econômicos. Afirma a autora que, "a fraqueza física e a doença, interagem, o estado de fraqueza física é a marca principal da presença da doença, é o momento em que o corpo torna-se incapaz, uma vez que, está fraco ou mesmo cansado para ser o meio de realizar tarefas do cotidiano, as quais cobrem todos os aspectos da vida".

MONTERO (1985) afirma também que, é desta forma que a doença apresenta-se para o indivíduo e para a comunidade, em toda sua amplitude e seu grau de gravidade.

Nas entrevistas, foi comum a associação do estado de fraqueza com o desânimo e a falta de disposição para o trabalho, expressões utilizadas como referências à tuberculose.

"(..)Eu fiquei afastada do serviço, sentia fraqueza demais, não tinha ânimo para sair de casa, para trabalhar e visitar minhas colegas, tinha muita moleza... "

(Mulher, 26 anos, solteira, vendedora, 3º grau incompleto, Alta por Cura)

"(...) Eu cansava muito, sentava, deitava no sofá, tinha fraqueza, a vida parou. Não tinha mais vontade de conversar com os colegas, e trabalhar então, não dava, era só ficar no sofá da sala, as pernas não obedeciam, se eu ficasse de pé eu caía. ...".

(Homem, 24 anos, solteiro, auxiliar de refrigeração, 6ª série, Alta por Cura)

"(..) Eu lembro, certas coisas na vida da gente não dá para esquecer, deu muita fraqueza nas pernas e não conseguia nem andar, eu só ficava deitado e não fazia nada....".

(Homem, 31 anos, solteiro, motorista, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) quando estava doente, ficava sem força, só tinha vontade de ficar na cama, não conseguia fazer nada, nem o serviço de casa, foi isso que aconteceu comigo quando estava com essa doença.....".

(Mulher, 53 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

"(..) Eu achava que estava ficando preguiçoso, fazendo corpo mole, eu não tinha vontade de fazer nada. Eu só queria ficar quieto no meu canto, sentia desanimado, fraqueza, não gostava que ninguém viesse me amolar. A gente que teve fraqueza sabe como que é! A gente sente desânimo até para trabalhar, as forças parece que acabam, vão embora, e a gente fica ruim demais..".

(Homem, 60 anos, vendedor ambulante, casado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

Os autores analisam a fraqueza com base no par de oposição forte-fraco. BOLTANSKI (1979), define forte/fraco como categorias através das quais as classes populares percebem o corpo, a doença e a saúde, e em que a alimentação é uma das principais fontes de força para o corpo. Para o autor, a idéia de força “é o coração da experiência que, os membros das classes populares têm sobre a saúde e a doença, expressando o essencial de uma filosofia vitalista do corpo, sem nunca ser explícita e muito menos sistematizada”.

Segundo CANESQUI (1992); LOYOLA (1984); KNAUTH (1991) os membros das classes populares, têm preferência por comidas, denominadas ‘fortes’ (feijão, batata, arroz, carne de vaca, etc..) uma vez que, são consideradas ‘verdadeiros alimentos’, isto é, outorgam energia aos corpos além de saciarem a fome.

DUARTE (1976) associa fraqueza e alimentação, afirmando que, “a falta de alimentação ou a fome, acaba sendo um traço que distingue aqueles indivíduos que se encontram no estrato inferior da hierarquia social, os membros das classes populares”. O autor destaca ainda, que os efeitos da fome agem de forma tão intensa que causam um enfraquecimento do corpo, o que por sua vez, implica num enfraquecimento moral, causado por um impedimento (fraqueza física) que impossibilita o indivíduo cumprir com às imposições sociais, tais como trabalhar e responder pelo sustento da família.

A magreza associada à aparência corporal, é considerada como uma característica marcante do tuberculoso, sendo, também, percebida como um sinal de que algo não vai bem com o corpo, denunciando a instalação de um ‘problema de saúde’, em que vários sintomas interagem: perda de apetite-emagrecimento-fraqueza.

“(…) Eu comia bem. Mas aí, chegou um dia em que eu não tinha mais aquela fome, em casa todo mundo estranhou, nada era bom, a minha mulher fazia uma sopinha, e eu comia, só isso. Fui ficando magro, que era pele e osso, só se vendo, tinha vontade de ficar só deitado no sofá, estava desanimado, a fraqueza tomou conta do meu corpo. Eu pensava que não saía daquela, que não tinha mais jeito, estava muito magro, desanimado para tudo nesta vida. Eu pensava que ia morrer..”

(Homem, 60 anos, vendedor ambulante, casado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

A fraqueza e magreza, são atribuídas à uma má qualidade (sangue ruim) e à uma má quantidade (pouco sangue). Neste sentido, FERREIRA (1993) esclarece que, os sintomas e sinais percebidos pelo indivíduo, e que dizem respeito ao sangue, se referem à idéia de qualidade e quantidade.

Este conjunto de sintomas - abrangendo a aparência e força física - serve de parâmetro para a classificação do sangue como forte (muito sangue, sangue bom) ou fraco (pouco sangue, sangue ralo, grosso, sangue com pus, sangue ruim), conforme COSTA (1980).

É a partir da percepção de corpo como instrumento de trabalho e de sua representação utilitária que se estabelece a valorização do sangue, como elemento de vital importância para o vigor físico.

Segundo COSTA (1980), compete ao sangue torna-se um capacitador para determinar o que seja um organismo fraco ou forte ou um organismo com menor ou maior resistência na relação homem-ambiente.

Conforme DUARTE (1976), a qualidade de substância do sangue 'sangue bom' e 'sangue ruim', engloba categorias morais e qualidades físicas - constitutiva do corpo e do caráter, isto é, o sangue é uma substância transmissora de qualidades morais ('fulano tem sangue ruim', expressão esta com conotação moral pejorativa) e físicas ('fulano tem sangue bom é forte, tem saúde', expressão que exalta o vigor físico).

A força física, significando disposição e capacidade para o trabalho, tem tal relevância, que pode distinguir o que seja 'estar jovem' ou 'velho', tanto em relação ao trabalho quanto para a existência como ser humano. Em síntese, esta valorização da força física flui como expressão de uma visão mecanicista e instrumental do corpo.

Verificamos que, as referências a fraqueza e magreza, gerando desânimo, significam para os doentes, um mal-estar geral, trazendo conseqüências para todos os aspectos da vida. Entretanto, a identificação da doença não se resume somente a dores, fraqueza ou desânimo, conforme veremos a seguir.

### 4.3. As conseqüências da tuberculose

O funcionamento do organismo é alterado pela tuberculose, impedindo o uso normal do corpo, o que leva à interrupção na rotina das atividades domésticas ou economicamente produtivas que, por sua vez, acarreta efeitos indesejados, como por exemplo, no que está relacionado à sobrevivência do doente.

CANGUILHEM (1982) diz que, a doença (em geral) se manifesta na sucessão cronológica e é próprio dela vir a suspender o andamento de alguma coisa. Tal idéia está em conformidade com os depoimentos, nos quais foi mencionada a suspensão de atividades habituais.

BERLINGUER (1980) afirma que, os sinais e(ou) sintomas, em várias situações, são sufocados pelos doentes, de modo mais ou menos consciente, porque existe a crença que devem ser realizadas as obrigações domésticas, de trabalho, das quais depende a sobrevivência, colocando-se em segundo plano a 'obrigação' com o próprio corpo.

BOLTANSKI (1979) argumenta que, as atividades cotidianas, principalmente as econômicas, agem como 'coerções', no sentido de proibir ou dificultar o abandono das ações que exigem o uso contínuo do corpo.

Assim, apresentam-se as conseqüências sociais geradas pela doença. São situações condizente com a tuberculose que, marca o indivíduo que foi, em determinado momento, vítima deste mal.

Constatou-se que, a interrupção do trabalho resultou no desemprego e na dependência social (auxílio desemprego).

"(...) encostei no INPS uns oito meses.....".

(Homem, 32 anos, solteiro, açougueiro, 7ª série, Alta por Abandono)

"(...) parei de fazer muita coisa, sair, andar, fiquei afastado pelo INPS....."

(Homem, 24 anos, solteiro, ajudante geral, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) Aqui, os médicos me suspenderam e já me encostaram no INPS....".

(Homem, 42 anos, casado, ajudante de produção, analfabeto, Alta por Cura)

"(...) fiquei afastada do serviço, sabe como é, tomar remédio e emagrecendo, já viu, dá complexo...".

(Mulher, 44 anos, solteira, empregada doméstica, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) quando fiquei doente .... parei de trabalhar....".

(Homem, 42 anos, casado, motorista de caminhão, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(...) fiquei em casa, não ia trabalhar..." ..

(Mulher, 44 anos, casada, atendente de enfermagem, 5ª série, Alta por Abandono)

Os depoimentos confirmam a posição de CIOFFI (1987), quanto ao fato da tuberculose constituir-se em um elemento de quebra da capacidade para a produção, em que há interrupção da lógica da produção e reprodução da força de trabalho.

A força de trabalho que cria excedentes para as classes sociais que detêm os meios de produção, também, é, o meio de sobrevivência dos membros das classes trabalhadoras, que estão sujeitos à intensa utilização (profissional e utilitária) do corpo, visualizado como único elemento que lhes fornece os meios de subsistência, portanto, considerado como 'instrumento de trabalho' (BOLTANSKI, 1979).

Este olhar sobre o corpo, segundo MINAYO (1991), o representa como uma realidade vivida e é fruto das contradições que existe na base material da sociedade.

Se o corpo apresenta-se como instrumento de trabalho, a doença tende a ser um acontecimento que incapacita o indivíduo para utilizá-lo 'normalmente', isto é, para o trabalho. A incapacidade para trabalhar, afirma MINAYO (1991), é um conceito que está subjacente na definição social de saúde/doença, sendo, tal conceito veiculado pela visão de mundo dominante. A autora diz que, na concepção das classes trabalhadoras 'estar doente', "significa a espoliação de sua única fonte de subsistência, o corpo, indica, também um *status* colado em categoria anatômico-fisiológicas, estruturadas e legitimadas socialmente através do olhar e do veredito médico".

Outras interrupções, além daquelas relativas ao trabalho, foram mencionadas pelo grupo estudado.

As mulheres disseram sobre a falta de disposição para as tarefas domésticas, tais como 'não varrer uma casa'; 'não lavar uma roupa, cozinhar'; 'não dar atenção para os filhos', ou, ainda, 'não poder fazer faxina prá fora'.

Homens e mulheres entrevistados mencionaram ruptura com as atividades de lazer e nas relações pessoais, sugerindo que a tuberculose os impede ou dificulta. Nestes casos, tais alterações são transitórias, uma vez que, retomam vida rotineira com a obtenção da cura ou mesmo durante o tratamento.

Segundo outros, a tuberculose provocou a ruptura com certos hábitos (a bebida, o fumo, as drogas):

"(..) Eu parei de beber e de fumar, eu não bebia assim exagerado, bebia uma base de duas pingas todo dia, agora não bebo mais e nem fumo, todo mundo fala para parar. Mas assim está bom...."

(Homem, 37 anos, casado, despachante, 8ª série, Alta por Abandono)

"(...) Quando tive tuberculose minha vida mudou muito, eu fumava muito cachimbo de crack, tinha minha turma. Quando fiquei doente, os amigos se afastaram, e deixei o crack..."

(Mulher, 24 anos, empregada doméstica, separada, 3ª série, Alta por Abandono)

"(..) Eu não fumo muito, fumo pouco, eu fazia outras coisas, agora não faço mais .... eu saia, ia no bar, via todo mundo bebendo, ia beber um golinho e aí ia..."

(Homem, 29 anos, solteiro, ferreiro armador, 5ª série, Alta por Abandono)

"(..) Eu fumava não muito, mais com a tuberculose, cortei um pouco de cigarro, fumo oito cigarros por dia, beber, não bebo mais. O médico falou para parar com a bebida e o cigarro...."

(Homem, 42 anos, casado, ajudante de produção, analfabeto, Alta por Cura)

" (...) eles falaram que não pode beber por causa do remédio, tem que parar se não o remédio não faz efeito, os bichinhos não morrem. Ai, eu parei de beber, agora bebo mais é bem pouco e não é todos os dias, só as vezes, um trago para espantar as tristezas da vida... quem falou isso daí foi a enfermeira e o médico.."

(Homem, 44 anos, casado, pedreiro - aposentado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(..) Agora, com esse tratamento, não tomei mais pinga, tomo cerveja é mais leve....não pode abusar, é bom ter cuidado, essa doença é danada. Eu pensava quando ficasse curado, ter uma vida livre...beber de tudo, mas o doutor falou que tem que manejar, só uns goles. Ai, falei: 'doutor, eu não bebo que nem meus colegas e esses caras lá do bar, que ficam caídos'.."

(Homem, 46 anos, casado, metalúrgico - aposentado, 7ª série, Alta por Cura)

As prescrições médicas tentam regular e impor normas de vida à clientela, tais como parar com o fumo e com o uso de bebidas alcoólicas. Os profissionais de saúde

buscam deixá-la ciente de que só haverá cura quando estes hábitos forem abandonados ou quando houver moderação. Tais 'hábitos' são vistos pela Medicina oficial, como inibidores da atuação dos medicamentos e (ou) causadores da doença.

Duas considerações são pertinentes sobre este processo ordenador da vida, imposto pela Medicina através da terapêutica. A primeira explicita que, dentro deste processo, sem o estabelecimento da ordem não se alcançará a cura, representando, assim, a ordem um pré-requisito para sua realização. A segunda consideração vai ao encontro da concepção da doença como algo que transcende o aspecto biológico, visto que, abrange o social.

CANGUILHEM (1982) afirma que, o indivíduo que contrai uma doença provoca em si mesmo, simultaneamente, um processo de privação e reformulação, isto é, a assimilação de novas normas de vida e uma mania de ordem: "uma certa meticulosidade, um gosto positivo pela monotonia, e um apego a uma situação que sabem poder dominar". Segundo o autor, "ser sadio é ser capaz de se comportar ordenadamente, pois a cura vem a ser o reaparecimento da ordem".

LUZ (1986), considera que este processo de ordenação age sobre o desejo e concretiza-se através da classificação e programação moral dos costumes, sentimentos e práticas sociais, envolvendo aspectos da vida privada e comum dos indivíduos.

BERTOLOZZI (1991) diz que, esta ordenação, que segue certos princípios tidos como 'saudáveis', responde adequadamente à sociedade capitalista que urge por força de trabalho dominada pela visão de mundo, que clama por um desempenho 'satisfatório' nas relações sociais.

Acreditando-se que, através da tuberculose é possível ordenar e disciplinar o modo de viver dos doentes, revela-se o caráter moral da doença, que vai ao encontro dos valores sociais e culturais da sociedade referentes à ordem e à moralidade. As evidências estão nos depoimentos, nos quais beber e fumar surgem como comportamentos negativos, bem como sua consequência, isto é, a doença é igualada à desordem comportamental.

Os depoimentos indicam, também, que no plano da representação confere-se a tuberculose um potencial de interferência nos fenômenos da existência humana, seja em relação às atividades sociais, culturais, econômicas e de trabalho. Assim, a doença é algo que transcende o sentido de viver a vida.

## 5. A CURA

Ao representarem a tuberculose como curável, os entrevistados parecem assimilar e dar crédito ao discurso médico. A cura, enquanto restabelecimento da saúde, é definida por eles como desaparecimento do mal-estar e de outros sintomas da doença, mesmo quando ainda não concluíram o tratamento quimioterápico. A essa forma de defini-la associa-se o retorno às atividades cotidianas.

Alguns entrevistados, relacionaram o retorno ao trabalho ou às atividades rotineiras, à cura.

"(...) já tinha ânimo para sair de casa, trabalhar...".

(Mulher, 48 anos, separada, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) achei que estava curado quando fui trabalhar...".

(Homem, 24 anos, solteiro, auxiliar de frigorífico, 6ª série, Alta por Cura)

"(...) pensei que estava curado quando fazia meus compromissos, já tinha que trabalhar...".

(Homem, 37 anos, casado, despachante, 8ª série, Alta por Abandono)

"(...) eu comecei a pegar peso como eu estava acostumado, o meu trabalho é pesado, sem descanso ....".

(Homem, 51 anos, casado, pedreiro, 4ª série, Alta por Cura)

Ânimo (disposição para a vida), lazer e trabalho são também associados à idéia de saúde e à cura:

(..) comecei a ficar mais animada, tinha vontade para fazer tudo...".

(Mulher, 53 anos, dona de casa, viúva, analfabeta, Alta por Cura)

"(..) estava disposto para passear, encontrar os amigos, conversar...." (Homem, 46 anos, casado, metalúrgico - aposentado, 7ª série, Alta por Cura)

Outros interpretaram o fato de ganhar peso como um sinal de recuperação. Tal fato, é comum, especialmente entre as classes trabalhadoras para as quais o vigor físico e o peso são elementos esteticamente valorizados na constituição corporal, sendo vistos como sinais de saúde.

"(..) comecei a engordar, hoje estou com 44 kg, eu cheguei a pesar 35 kg, não tinha uma roupa que me servia...".

(Mulher, 23 anos, casada, vendedora, 5ª série, Alta por Abandono)

"(..) engordei bastante, comia muito, tudo parecia que era gostoso, as vezes dava vergonha de comer daquele jeito, me chamaram de guloso e perguntaram se eu não tinha bicho na barriga....."

(Homem, 67 anos, aposentado, separado, analfabeto, Alta por Abandono)

"(..) estou gordo, como bem, isso, prá gente que está com esta idade, é bom, fica com disposição prá trabalhar....".

(Homem, 60 anos, casado, vendedor ambulante, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

"(..) estou gordo, engordei uns 16 kg, como bem, e acho que vou ficar mais gordo, forte...".

(Homem, 63 anos, casado, aposentado, analfabeto, Alta por Cura)

"(..) estava engordando de novo, voltando ao peso que eu tinha antes de ficar doente...."

(Homem, 32 anos, solteiro, açougueiro, 5ª série, Alta por Abandono)

Para outros, a alimentação e o sono regulares também indicavam saúde e cura:

"(..) não tinha mais cansaço, dormia melhor, comia mais, tinha mais disposição prá viver...."

(Mulher, 44 anos, solteira, empregada doméstica, 4ª série, Alta por Cura)

"(..) comecei a comer de tudo um pouquinho, já não tinha mais dor de barriga..."

(Homem, 24 anos, ajudante geral, solteiro, 4ª série, Alta por Cura)

Para as classes populares, a saúde é muito valorizada porque em sua conceituação está implícita a idéia do uso do corpo como instrumento, em situações concretas. Os trabalhadores manuais (braçais), cujo desgaste corporal é intenso, conferem um significado expressivo as idéias de força e saúde, associadas à disposição para 'alimentar-se e dormir bem', atividades imprescindíveis à sobrevivência.

Segundo LOYOLA (1984), a saúde tem, em sua representação, ligações profundas com a idéia de força, que é utilizada no processo de trabalho, mantida e estimulada pela ingestão de alimentos.

A saúde está estreitamente associada à alimentação e ao sono, que ocasionam o ganho de peso e a disposição (ânimo), e que equivale ao restabelecimento da saúde. Por outro lado, estas ações são recusadas pelo corpo doente, contexto da doença onde se dá a negação da vida.

Conforme MONTERO (1985), a total dimensão da gravidade da doença aparece no momento em que, o corpo, ao recusar-se a comer e a dormir, resigna-se a aceitar passivamente sua morte.

Alguns entrevistados definiram a saúde através das expressões: 'saúde é comer bem', 'saúde é dormir bem' ou 'saúde é dormir bem e comer bem'. Outros expressaram-se de forma ainda mais objetiva:

"(...) Acho que saúde é se sentir bem ... o corpo está bem, forte. Se alimentando bem, comendo a comida que a gente gosta..."

(Homem, 62 anos, casado, analista de leite, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

"(...) Para mim, a saúde é comer direito, dormir bem, a gente levanta da cama, novo, para fazer tudo ....

(Homem, 52 anos, ajudante de motorista, casado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(...) Eu tenho comigo que a saúde da gente é poder comer bem, dormir, descansar de verdade, não ficar de noite com os olhos arregalados...."

(Mulher, 27 anos, solteira, serviços gerais, 2ª grau, Alta por Cura)

"(...) A saúde, para mim, é poder comer bem: comida forte, que nem feijão, arroz, carne, poder beber uma pinguinha na hora da comida..."

(Homem, 44 anos, casado, pedreiro - aposentado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

" (...) Para mim, saúde é ter apetite, porque comer sem apetite é ruim, nada está bom, mesmo a comida que a gente gosta, nada tem gosto ...."

(Mulher, 53 anos, dona de casa, viúva, analfabeta, Alta por Cura)

De acordo com BOLTANSKI (1979), é através de algumas categorias gerais de substância, tais como seco-úmido, forte-fraco, gordo-magro, que as classes populares

percebem a saúde, a doença, e o corpo. Deste modo, a alimentação é considerada como uma das principais fontes de energia, na relação corpo-força-alimentação, o que pode ser observado nos depoimentos, citados anteriormente.

Um entrevistado expressou que, a boa alimentação torna-se medida preventiva contra à doença.

(...) se você não se alimentar bem, você fica vulnerável, então, tem que ter boa alimentação, comer de tudo para o organismo estar sempre forte, ter resistência contra à doença...."

(Mulher, 26 anos, solteira, vendedora, 3º grau incompleto, Alta por Cura)

Este depoimento sugere que, o vigor físico é um sinal de saúde. Conforme BOLTANSKI (1979), as classes populares, de maneira geral, parecem atribuir maior importância à alimentação que os membros de outras classes.

A preservação da saúde, segundo alguns dos depoimentos, está relacionada com evitar-se hábitos, tais como fumo e bebida, determinados alimentos (sorvetes e bebidas geladas) e ao clima (chuva, frio e sereno). Até o início do século XX, as condutas preventivas associavam-se à representação da tuberculose, quando esta era considerada uma enfermidade do frio e da umidade - relacionando os fenômenos da natureza e a doença. Segundo MINAYO & SOUZA (1989), as condições climáticas podem favorecer a manutenção da saúde, expressando fator de equilíbrio na relação homem/natureza.

O retorno ao estado de saúde (obtenção da cura), conforme os depoimentos, está relacionado ao tratamento médico, especialmente aos efeitos dos remédios. Estes trazem a cura ou saúde ao mesmo tempo que a simbolizam.

(...) tomei o remédio toda hora, para fazer o tratamento direitinho, porque para mim ele iria me curar...agora o médico falou: que deu negativo o exame..."

(Homem, 42 anos, casado, ajudante de produção, analfabeto, Alta por Cura)

"(...) procurei tomar o remédio direito porque entendi que era importante para me curar, o remédio é bom, mata os bichinhos.."

(Homem, 62 anos, casado, analista de leite, 2ª série - lê e escreve pouco Alta por Cura)

"(...) foi o tratamento que me curou, porque tomei direito o remédio e esses remédios são importantes para se curar dessa doença. Sem o remédio a gente não fica curado, não tem jeito..."

(Mulher, 27 anos, solteira, serviços gerais, 2º grau completo, Alta por Cura)

"(.) eu me tratei só no hospital e tomei só os remédios, acho que foram os remédios que me curaram, eles são fortes..."

(Homem, 32 anos, solteiro, montador de cadeiras, 6ª série, Alta por Abandono)

"(...) A cura da tuberculose envolve várias áreas da sociedade, médico, governo. E o paciente tem que se ajudar, também, porque depende muito do paciente tomar os remédios, se cuidar, se não ele não fica curado...quem me curou? Os remédios me curaram ..."

(Homem, 31 anos, solteiro, motorista, 5ª série, Alta por Abandono)

(.) Prá mim foi o tratamento da tuberculose que melhorou tudo. Me sinto bem, esse tratamento melhorou tudo, de forma que não tenho mais nada..."

(Mulher, 23 anos, casada, vendedora, 5ª série, Alta por Abandono)

O medicamento é um símbolo especial, eficaz ou potencialmente eficaz, à medida que é capaz de cumprir o que promete. Ele geralmente se anuncia como: 'eu sou a saúde, prove-me' mas, afirma: 'eu sou a saúde já, prove-me' (LEFÉVRE, 1991).

O medicamento simboliza e possibilita a vigência da denominada saúde social, ou saúde formal - que o enfermo seja considerado saudável pelo exterior, pelo social. O remédio é algo com o que o doente precisa conviver para viver bem ou de acordo com aquilo que a sociedade impõe.

A associação remédio-médico revela um poder atestável do especialista. No momento em que está garantida, pelo remédio, a cura ou sua possibilidade, ele se torna um eficaz instrumento da Medicina e do poder médico.

Os depoimentos mostraram que, há um sentimento de ambigüidade por parte dos doentes, em relação aos medicamento: ora é visto como símbolo do 'mal' (surgimento de algum desconforto físico ou algo que os doentes julgam 'anormal') ora é considerado 'bem' (cura ou a saúde). As reações adversas, provocadas pelos remédios antituberculose são retratadas na literatura médica e encaradas pelos especialistas como situações, perfeitamente, controláveis.

Os entrevistados relataram os efeitos colaterais destas drogas e as dificuldades em tomá-las.

"(...) sofri com o tratamento porque tinha que tomar aquele montão de comprimidos. Eu pensava: não vou tomar mais esse remédio, faz até mal, mas é só o tratamento que cura a gente.."

(Homem, 63 anos, aposentado, casado, analfabeto, Alta por Cura)

"(...) não é fácil, o remédio mexe com o estômago, a gente passa mal toda a vida, tem que tomar aquele punhado de comprimidos. Mas, valeu a pena, agora não tenho mais nada, alcancei a cura..."

(Mulher, 44 anos, solteira, empregada doméstica, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) o tratamento é difícil, tem que tomar o medicamento, mexe bastante com o estômago da gente...."

(Mulher, 26 anos, solteira, vendedora, 3º grau incompleto, Alta por Cura)

"(..) teve um remédio que deu reação, agora eu não sei o nome dele, os quatro depois do almoço me deram ânsia, me deu aquelas picicadas, assim, no rosto, parece uma alergia, ficou no corpo todo, parecia que subia fogo..."

(Mulher, 22 anos, solteira, auxiliar de limpeza, 7ª série, Alta por Cura)

"(..) Eu tinha ânsia quando tomava o comprimido, deu uma complicação danada, o médico não tinha mais tratamento prá mim. Não pensei em parar, me avisaram que, se parasse, era bem mais arriscado, eram seis meses, eu tinha que começar tudo de novo. Você acha que eu ia passar tudo isso de novo? Só por bobeira de parar, eu nunca pensei em parar, não..."

(Mulher, 20 anos, casada, dona de casa, 5ª série, Alta por Cura)

O medicamento atua na redução dos sintomas da doença e, neste sentido, a ausência desses é parâmetro de cura, representando, concretamente, a 'antidoença'. Conforme LEFÉVRE (1991), "o medicamento faz parte de todo o universo de símbolos ou representantes da interferência do homem (através da ciência) sobre o corpo biológico".

O significado do medicamento muda de acordo com o sujeito do discurso: quando se trata do indivíduo doente, simboliza a 'saúde leiga'; quando se trata do discurso médico, chamamos de 'saúde médica'. Muitos pacientes conferem, ao medicamento, o significado médico. Nesse caso, deixam de ser sujeitos do discurso e da ação frente a sua doença: quem fala e age por eles é o médico (LEFÉVRE, 1991). Estes são, em geral, considerados como 'bons pacientes', aqueles que tomam regularmente o remédio, não faltam às consultas e seguem as prescrições médicas.

O médico foi o agente de cura mais procurado e valorizado para a resolução do problema da tuberculose, segundo os entrevistados. Entretanto, depara-se no percurso da cura desses doentes, com estratégias individuais de consumo em saúde, tais como a crença religiosa e o esforço pessoal na determinação de seguir o tratamento médico corretamente.

Conforme alguns depoimentos, a religiosidade influenciou, igualmente, nas práticas terapêuticas, sobretudo no caso dos doentes 'mais firmes na fé', isto é, aqueles mais

convictos de suas crenças e, sobre os quais, os especialistas religiosos possivelmente exerçam maior controle.

"(...) O tratamento na UNICAMP foi muito importante .... a minha família ajudou e me levou para a Igreja da Congregação e, então, Deus me revelou que ia me curar .... estou um mês sem usar crack nem mesmo maconha...".

(Mulher, 34 anos, solteira, empregada doméstica, 5ª série, Alta por Abandono)

Houve, ainda, um número reduzido de entrevistados que dividiram as responsabilidades igualmente - medicamento, esforço individual e religião - na obtenção da cura.

"(...) eu tenho fé nos remédios daqui, já que a gente começou a tomar, tem que ir até o fim. Graças à Deus não deu para desanimar...."

(Mulher, 53 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

"(..) Eu me curei porque fiz o tratamento direitinho, não fiz arte. Eu oro em casa à noite, oro, peço à Deus, leio a Bíblia. Isso tudo ajuda muito a gente que está nesta situação difícil, doente, sozinha e sem esperança de se curar, mas Deus não desampara ninguém...."

(Mulher, 48 anos, separada, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

Um dos entrevistados referiu-se à eficácia do remédio, do tratamento e à crença. Para ele, na cura da tuberculose, Deus tem a mesma relevância da medicação.

"(...) Quem me curou foi o tratamento e Deus. Não vou à igreja, rezo em casa ... tem que ter fé em Deus .... pensar em Deus. Ele ajuda, dá muita força para vencer...."

(Mulher, 29 anos, casada, empregada doméstica, analfabeta, Alta por Cura)

Na concepção de alguns entrevistados, Deus está acima do poder do médico e dos remédios.

"(...) Quem cura a gente é Deus, Ele é o médico dos médicos. O médico dá o tratamento, mas quem cura é Deus, a mão dele é sagrada, só Ele mesmo..."

(Homem, 51 anos, casado, pedreiro, 4ª série, Alta por Cura)

"(..) Eu sou católico. Para mim, em primeiro lugar, quem cura é Deus. Se Deus quiser a gente sara, se Ele não quiser, não adianta remédio, médico, nada vai ajudar..."

(Homem, 42 anos, casado, ajudante de produção, analfabeto, Alta por Cura)

"(..) Eu devo a minha cura em primeiro lugar a Deus e à fé que tenho nele, os remédios ajudaram um pouco. A UNICAMP ajudou bastante e minha família ajudou a me curar...."

(Homem, 60 anos, casado, serviços gerais, analfabeto, Alta por Cura)

Apesar do poder e saber, conferido ao médico pela instrução e pela Medicina oficial, buscou-se, na religião a cura. Para o crente a cura é atribuída a Deus. A crença na cura divina e a responsabilidade pela enfermidade, são atribuições que se mantiveram através dos tempos até a atualidade, vale lembrar que, em muitas religiões a cura chega a ser praticada entre seus agentes.

Na literatura nacional podem ser encontradas referências sobre o uso, pelas classes populares, das Medicinas não-oficiais, convivendo com práticas de consumo de bens e serviços de cura. LOYOLA (1984); CANESQUI (1992) observaram, nas práticas de manutenção e restituição da saúde de várias camadas da população, a presença ou convivência da Medicina oficial com a não-oficial (religiosa, familiar, e caseira). Segundo as autoras, há um padrão de consumo composto por uma multiplicidade de saberes, práticas e agentes de cura, mesmo quando defrontam-se com a dominação da Medicina oficial em nossa sociedade.

Consideramos que, a cura é representada pela ausência de sinais e sintomas da doença, isto é, 'estar bem' sugerindo um conceito de 'normalidade' e de volta à rotina de vida, tal como era antes do adoecimento. Tal representação é, em última instância à da

própria saúde. Pode-se deduzir, assim, que o discurso sobre a saúde estrutura-se a partir da doença.

Os conceitos de saúde, expressos pelos entrevistados, tiveram como referência outros acontecimentos e práticas sociais. Ao falar da saúde o indivíduo está falando de sua vida. Assim, as concepções de saúde são meios de acesso ao sentido que os indivíduos dão as suas condutas e as suas práticas sociais (PIERRET, 1984)

A doença e a saúde, na visão de LAPLANTINE (1991), não são mais que fatos objetivos, os quais são dirigidos por julgamentos valorativos. Neste sentido, a saúde chega a ser o protótipo de todo o valor; pois não existe nada considerado de valor sem referência implícita ou explícita ao social.

As expressões sobre a saúde, de alguns entrevistados, foram no sentido de exaltá-la como um bem maior. As expressões abaixo, são exemplares:

"(...) Saúde é importante, vale tudo...."

(Mulher, 29 anos, casada, empregada doméstica, analfabeta,  
Alta por Cura)

"(...) Saúde! não precisa muito dinheiro..."

(Homem, 51 anos, casado, pedreiro, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) Saúde muito melhor, em primeiro lugar, a saúde..."

(Mulher, 29 anos, separada, empregada doméstica, 5º série, Alta por  
Abandono)

"(...) Quem não gosta de ter saúde? saúde é viver, eu gosto de  
viver..."

(Mulher, 31 anos, casada, copeira de hospital, 5ª série, Alta por  
Cura)

"(...) Saúde é uma coisa boa, quem a perdeu não acha mais...  
quem tem saúde dá valor..."

(Mulher, 48 anos, separada, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

Outras expressões utilizadas têm como base a idéia de habilidade ou capacidade para as atividades rotineiras.

"(...)Eu não sei se está certo, mas eu acho que a saúde é não sentir nada, animada para fazer o serviço de casa, cuidar dos filhos, do marido ... "

(Mulher, 53 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

(.) A saúde é a gente poder ir ao trabalho, não precisar perder dia porque está com dor, porque tem que ir ver o doutor.."

(Homem, 60 anos, casado, serviços gerais, analfabeto, Alta por Cura)

"(...) Saúde é comer direito, dormir, andar, estar forte para trabalhar, se sentir bem. Ai você trabalha disposto, o patrão não reclama.."

(Homem, 62 anos, casado, analista de leite, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

"(...) Eu acho que saúde é estar bem, fazer tudo, cuidar das crianças e da casa, lavar, passar, cozinhar...."

(Mulher, 21 anos, casada, dona de casa, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) A saúde, para quem é pobre que nem eu, é poder trabalhar, senão não tem o que comer, e as crianças tem que comer, a mulher briga, não pode ficar encostado..."

(Homem, 37 anos, casado, despachante, 8ª série, Alta por Abandono)

"(...) A saúde é poder trabalhar livre, não ficar preocupado que tem que tomar remédio, que dói o peito (...) trabalhar mais satisfeito é bom para o homem..."

(Homem, 44 anos, casado, pedreiro - aposentado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

As expressões que exaltam e definem a saúde como um bem maior - 'a saúde é tudo, é a maior riqueza', 'a saúde é igual a fortuna, é o maior tesouro'; e a doença como uma 'incapacidade, coisa ruim, impedimento', são significativas para uma classe social, onde o corpo se transformou, para quase todos os seus integrantes, no único instrumento de sobrevivência.

MINAYO (1992) afirma que, se a doença é sinônimo de infelicidade individual e coletiva, a medida que representa o rompimento do homem com seus limites estabelecidos pela sociedade, saúde é o oposto, pois significa bem-estar e felicidade, já que, ela própria, explicitamente ou no 'silêncio do corpo', é a linguagem preferida da harmonia e do equilíbrio entre o indivíduo, a sociedade e seu ecossistema

Conforme os depoimentos, a cura equívale à saúde, além de se constituir num bem aspirado pelos doentes entrevistados, representando, também, a volta a um estado em que não havia sintomas da doença.

No último capítulo desta dissertação de mestrado, prosseguirá a análise das entrevistas dos doentes, suas opiniões e julgamentos sobre a assistência médica, priorizando às orientações recebidas e às incorporadas efetivamente. Assim, será possível investigar uma questão que se fez presente durante toda a pesquisa e que norteou o processo de consolidação e análise do material coletado, o comportamento de alguns tuberculosos, frente a terapêutica, categorizado pelos médicos e serviços de saúde como abandono de tratamento.

## CAPÍTULO V

### A CLIENTELA DIANTE DAS ORIENTAÇÕES MÉDICAS

#### 1. AVALIAÇÃO DA CLIENTELA A RESPEITO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

As avaliações da clientela entrevistada, quanto ao acesso aos serviços de saúde e à qualidade do atendimento médico, não se formularam a partir de critérios objetivos da cultura dominante, mas em sua experiência prática junto às unidades de saúde e dos especialistas.

O atendimento prestado no Ambulatório de Tisiologia foi avaliado positivamente. As expressões utilizadas: 'o pessoal aqui é muito bom' ou '...tudo aqui é bom', englobaram o serviço e integrantes de sua equipe de funcionários, especialmente, médicos e enfermeiras.

Nos critérios utilizados para avaliação foram consideradas as qualidades pessoais dos profissionais, em particular, dos médicos, no atendimento à clientela. Neste sentido, o 'bom profissional de saúde' é o indivíduo atencioso, que conversa e sorri, correspondendo àquilo que se espera dele numa relação social. Por estas razões, a clientela julgou que foi 'bem tratada' pelos profissionais envolvidos no tratamento da tuberculose.

O médico foi julgado por esta clientela, a partir de seus atributos pessoais, do maior dispêndio de tempo na consulta e forma de comunicação. Os depoimentos indicam que não houve julgamento sobre a competência profissional do médico, uma vez que, não foi encontrada qualquer referência a esta questão em particular.

Conforme BOLTANSKI (1979), os doentes das classes populares não detêm os critérios específicos que lhes propiciariam medir a competência profissional do médico. Nesta perspectiva, os doentes destas classes, diz o autor, avaliam os médicos a partir de

"critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem : 'amabilidade', 'boa vontade', e complacência'".

O autor sugere, ainda, que esta singularidade dos doentes das classes populares, de destacar as qualidades e(ou) defeitos do médico, como ser humano e não como profissional, deva-se a "uma aguda consciência da distância social que os separa do médico e que pressintam que, a relação doente-médico é de classe e que este último adota um comportamento diferente conforme a classe social do paciente" (BOLTANSKI, 1979).

A relação médico-paciente, compreendida como uma relação de classe, foi apontada por outros autores, entre eles LOYOLA (1984). Segundo a autora, "as articulações de certas representações populares, sobre as condições dos serviços de saúde, não estão associadas apenas as dicotomias leigo/técnico, ciência/magia, mas são relações entre diversos agentes sociais e traduzindo-se de certa forma as relações entre as classes sociais e suas distâncias sociais".

Os depoimentos sugerem a ausência de critérios técnicos para avaliar o médico e (ou) assistência recebida, de tal forma que, permanece uma apreciação pessoal e da qualidade da relação médico-clientela. Além disto, os entrevistados não distinguiram entre o atendimento realizado pelas várias categorias de médicos (docentes e residentes) e estudantes sextanistas de Medicina, tendendo a situá-los todos no mesmo plano, referindo-se, em geral, ao 'pessoal' do Ambulatório. Entretanto, discriminaram as enfermeiras dos médicos e suas hierarquias.

"(...) aqui sempre fui bem tratada ... o pessoal aqui é bom.."

(Mulher, 51 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

"(...)Eu falo que não tenho queixa daqui, o pessoal é bom prá caramba.."

(Homem, 46 anos, metalúrgico - aposentado por invalidez, casado, 7ª série, Alta por Cura)

"(...) aqui fui bem tratada, adorei todos aqui, tudo é bom até demais..."

(Mulher, 48 anos, separada, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) todo mundo é muito bom, os médicos, as enfermeiras, eu não sei o nome de todos, só o nome da enfermeira que se chama Maria. Eu estou sentido porque não vou vê-las, estou triste, não sei o que elas acharam de mim, mas eu gosto demais delas, dos médicos, de tudo... "

(Homem, 62 anos, analista de leite, casado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

O fato de juntar os médicos na mesma categoria, ou, ainda, não distingui-los dos estudantes de Medicina, demonstra que, os doentes parecem desconhecer a hierarquia do Ambulatório de Tisiologia. Neste caso, é provável que se orientem por símbolos externos (roupa branca, uso de instrumentos, diagnósticos e terapêutica) que estariam identificando mais aos médicos do que a hierarquia. Apesar disto, foram emitidas opiniões sobre a organização técnico-administrativa do Ambulatório.

Nestas opiniões, alguns entrevistados privilegiaram outros elementos, realizando, assim, uma avaliação global da assistência, sendo colocados em condições de igualdade todos os aspectos do Serviço, isto é, os recursos humanos e a organização técnico-administrativa.

"(...) o tratamento na UNICAMP é mais organizado .... lá, trata bem, explica certinho tudo da doença....."

(Mulher, 21 anos, casada, dona de casa, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) aqui na UNICAMP o serviço de saúde é bom, sem dificuldade prá ser atendido. Foi sorte eu vir fazer o tratamento aqui, tudo uma beleza, o pessoal daqui é muito gente, nos trata como gente e não como animal...."

(Homem, 63 anos, aposentado, casado, analfabeto, Alta por Cura)

"(...) Olha, não tenho nada prá falar de todo mundo, eu fui muito bem tratado, gostei demais de fazer o tratamento aqui, tudo certinho, sem problemas..." ..

(Homem, 62 anos, analista de leite, casado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Cura)

Alguns entrevistados referiram-se ao relacionamento pessoal entre eles e os médicos ou profissionais de saúde, de forma geral (sem distinção de hierarquia): a amizade e a comunicação, além de expressarem a contribuição destes profissionais no processo de cura, devido aos incentivos e à atenção, dados sob a forma de aconselhamento e de ajuda psicológica.

"(...) Gosto daqui, são muito educados, são muito legais com a gente, saio sentida daqui, não vou ver mais todo mundo daqui; não tenho nenhuma queixa daqui, imagina, absolutamente. Adorei, tratam a gente como ser humano !...tive muito conforto, ajudaram muito... tive muita força o doutor falou prá mim não ficar chateada, não fiquei desesperada aqui..."

(Mulher, 48 anos, separada, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

"(..) quando fiz o tratamento na UNICAMP eu achei muito bom, é meu hospital favorito, tratam a gente com carinho e atenção .... aconselhavam a deixar as drogas e insistiam para fazer o tratamento, sei que foi muito importante eles insistirem no tratamento porque, se não fosse isso, eu tinha morrido.."

(Mulher, 34 anos, solteira, empregada doméstica, 5ª série, Alta por Abandono)

"(..) Eu gosto daqui, todo mundo é legal, tratam a gente bem, conversam muito, dão conselhos, falam com a família da gente, parece que são amigos, porque querem nosso bem .."

(Homem, 29 anos, ferreiro armador, solteiro, 5ª série, Alta por Abandono)

"(..) lá a gente é bem tratada pelos médicos, pelas enfermeiras, tudo é bom. Eles falam com a gente, não tratam mal, não gritam, tratam a gente como ser humano, com carinho, respeitam a gente...."

(Mulher, 53 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

Em termos ideais, o 'bom médico' é aquele que, em primeiro lugar, trata bem o paciente e, depois, o que examina bem, aconselha, pede muitos exames e prescreve diversos remédios. Se, de um lado, o 'bom médico' é qualificado em termos pessoais, por outro, sua competência está no uso que faz da tecnologia, como por exemplo no diagnóstico, na terapêutica e nos pedidos de exames clínicos.

Este modelo de médico ideal correspondeu à assistência médica prestada no Ambulatório, sendo julgada pelos entrevistados, como a melhor prática em relação aos demais serviços de saúde, visto que, destes últimos, foi questionada a competência na prescrição de medicamentos (considerados ineficazes):

"(...) nos postinhos de bairro eu via que eles não sabiam da doença e só sabiam dar esses xaropinhos..."

(Mulher, 21 anos, casada, dona de casa, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) fui no médico do postinho, mas lá só davam soro e não melhorava nada, aí eu pedi uma guia para a médica, para me encaminhar para a UNICAMP..."

(Mulher, 23 anos, casada, vendedora, 5ª série, Alta por Abandono)

Conforme sugerem os depoimentos acima, o atendimento em alguns postos de saúde é ineficiente, não são prescritos remédios considerados eficazes e não há pedidos de exames clínicos. Portanto, o 'bom atendimento médico' está relacionado com a instituição hospitalar, concentradora de recursos mais sofisticados do ponto de vista tecnológico.

As queixas relativas aos postos de saúde estenderam a identificação da baixa qualidade dos serviços, tais como: à falta de recursos humanos; a demora no atendimento e à falta de compreensão e de iniciativa dos funcionários, no sentido de facilitar o tratamento quimioterápico; trato inadequado com o paciente e ao preconceito em relação à tuberculose.

"(...) quando fazia tratamento no posto de saúde não estava satisfeita, era muito ruim, porque quando faltava médico, tinha que remarcar novamente e era demorado, quando acabava os remédios só davam outro com receita do médico que consultou a primeira vez e, as vezes, acabava ..... e o médico faltava na consulta, eu ficava sem..."

(Mulher, 26 anos, solteira, sem profissão, 5ª série, Alta por Abandono)

"(..) Antes de vir tratar aqui na UNICAMP eu ia começar a tratar no outro lugar, lá no postinho eles falaram assim comigo: 'vai lá fora, vai lá fora, você está com tuberculose, está doente, pega a guia e vai para outro lugar, tem que ir embora daqui, aqui não é lugar para você'. Ah! eu fiquei desesperada, chorei, não sabia o que fazer, onde ia tratar, eu tinha medo de ser maltratada de novo..."

(Mulher, 29 anos, casada, empregada doméstica, analfabeta, Alta por Cura)

Em outros depoimentos, foram considerados fatores que extrapolam a área de competência da Medicina, interferindo no acesso aos postos de saúde: a violência urbana; o tráfico de drogas tais como crack, maconha e cocaína; o medo dos traficantes e marginais, que moram ou transitam no bairro em que está situado o Serviço de saúde.

"(...) no posto de saúde da Vila X, eu não gostava de ir, porque é um bairro perigoso, com muitos bandidos e traficantes e, por isso, eu não gostava de ir lá..."

(Mulher, 26 anos, solteira, vendedora, 3º grau incompleto, Alta por Cura)

"(..) não queria ir lá porque era difícil ter médico e porque lá, na Vila Y, é bairro perigoso, não queria tratar lá..."

(Homem, 67 anos, aposentado, separado, analfabeto, Alta por Abandono)

Os entrevistados, também, fizeram queixas sobre o Ambulatório de Tisiologia, foi citada a dificuldade de acesso, devido à distância geográfica, agravada por problemas de transporte, obrigando a um dispêndio de tempo maior. A fila e o tempo de espera para marcar consultas ambulatoriais são outros obstáculos apontados, os quais interferiram na realização das atividades cotidianas.

"(...) perdia o dia todo quando ia para UNICAMP, aí, com o passar dos meses, eu fui melhorando, a tosse já tinha acabado, eu não tinha mais dor no pulmão. Aí, eu vi que não precisava mais ir lá.."

(Homem, 42 anos, casado, motorista, 4ª série, Alta por Abandono)

"(..) Vou dizer, era difícil, trabalhoso na UNICAMP, por causa dessa bengala, não dá para andar sem ela, e tinha que tomar tanto ônibus, era muito duro, não gosto de lembrar!.."

(Homem, 37 anos, casado, despachante, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) é longe, tem que pegar ônibus para ir no hospital da UNICAMP, e tem a distância, a gente perde muito tempo. Naquele tempo, eu já estava vendendo produtos de beleza e perdia o dia na UNICAMP.."

(Mulher, 23 anos, casada, vendedora, 5ª série, Alta por Abandono)

Ao contrário dos postos de saúde municipais, o Ambulatório de Tisiologia obteve uma avaliação positiva, especialmente quanto à relação profissionais de saúde-clientela. O tratamento pessoal revelou-se como um aspecto da assistência médica de grande importância para esta clientela usuária do serviço público. No caso da tuberculose, doença permeada de preconceitos e estigmas, a relação compreensiva com os doentes, segundo os médicos, parece favorecer o sucesso do tratamento quimioterápico. Contudo, do ponto de vista dos pacientes é mantida expectativas de obter maior atenção do médico e relacionamento menos assimétrico e distante.

Apesar das avaliações positivas em relação a assistência recebida no Ambulatório, muitas das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde não foram colocadas em prática pela clientela, como veremos a seguir.

## **2. ORIENTAÇÕES ASSIMILADAS PELA CLIENTELA EM RELAÇÃO A DOENÇA**

As orientações médicas eram transmitidas à clientela quando os profissionais de saúde informavam-na a respeito da tuberculose.

Os relatos mostraram que, mesmo estando em tratamento e sob orientação médica, a tuberculose, para a clientela, não perdia o seu caráter de doença contagiosa, envolvendo a evitação de pessoas, a separação de objetos, roupas e utensílios domésticos. Tal comportamento ocorria, ainda que os profissionais de saúde insistissem em esclarecer que estas práticas eram desnecessárias, porque os bacilos que se depositam nas roupas, lençóis, copos e outros objetos, dificilmente se dispersarão em aerossóis e, por isto, não desempenham papel importante na transmissão doença, e, também, porque o período de transmissibilidade do bacilo diminui após 15 a 30 dias do início do tratamento quimioterápico.

"(...) eu separei todas as minhas coisas (roupas, toalhas, colher, garfo, faca) não porque eu pensava que passasse, pois a médica me explicou tudo, mas por precaução, porque eu não queria que ninguém passasse o que eu estava passando.."

(Mulher, 24 anos, empregada doméstica, separada, 3ª série,  
Alta por Abandono)

"(..) o médico explicou que .... ela não pega por você comer no mesmo prato, beber no mesmo copo .... a minha mãe separou as coisas, o copo, a roupa de cama, a colher o prato .... os amigos em casa não tomavam no mesmo copo que eu tomava e, para mim, era melhor fazer isto, assim não tinha perigo de pegar em ninguém..."

(Mulher, 26 anos, solteira, sem profissão, 5ª série, Alta por Abandono)

"(..) Quando vou na casa de meus irmãos ou da minha mãe eu separo as minhas coisas, o prato, o copo e a colher. Acho que não é certo misturar as coisas e acabar passando para eles a minha doença, não é justo. Eu tenho medo de arriscar, a enfermeira falou tudo direitinho, mas eu não queria que eles ficassem como eu, doente e sofrendo...."

(Mulher, 34 anos, empregada doméstica, solteira, 5ª série, Alta por Abandono)

Estes relatos indicam que, por mais que a clientela atribua legitimidade à Medicina oficial, algumas informações médicas não estão em conformidade com as orientações familiares e práticas de evitação do contágio. Há indícios de uma provável resistência à assimilação de certos preceitos da Medicina oficial, os quais contrariam práticas tradicionais ou mesmo crenças relativas à doença.

Conforme os entrevistados, as informações relativas ao tratamento limitaram-se, ao uso do medicamento, à alimentação adequada e à abstenção do fumo e álcool.

"(..) o médico falou para eu *tomar os remédios direito*. Falou que eu não passava para minha família. O doutor falou que ela passa pelo ar.... Antes de eu ficar doente eu não sabia nada da tuberculose, quer dizer, sabia que era perigosa, agora a gente sabe um pouco mais: continua sendo perigosa mas tem tratamento..."

(Homem, 42 anos, casado, ajudante de produção, analfabeto, Alta por Cura)

"(..) as enfermeiras e os médicos falam legal prá gente da doença. Ensinou e explicou, falou tudo, mesmo.. Eles falaram que tinha que *fazer o tratamento direito*, sem falhar, porque é bom para sarar e que fazendo assim não pega em ninguém..."

(Mulher, 29 anos, separada, empregada doméstica, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) o médico explicou tudo ... explicou que é para não fumar, só que eu não fumo... e mandou fazer o *tratamento direitinho* para poder ficar bom de vez... .."

(Homem, 24 anos, solteiro, ajudante geral, 4ª série, Alta por Cura)

"(..) aqui explicaram bastante coisa da doença, para não ficar perto das pessoas, não fumar, não beber, se alimentar bem, falou do tratamento, tem que tomar tudo certo. Os remédios curam a gente, mas tem que fazer tudo certo, *tomar direito*, não esquecer deles....."

(Homem, 67 anos, aposentado, desquitado, analfabeto, Alta por Abandono)

"(..) o médico falou que era para *tomar o remédio direito*, não faltar nenhum dia, nenhum mês....."

(Homem, 32 anos, solteiro, açougueiro, 5ª série, Alta por Abandono)

"(..) o médico atende direito, explica direito, falou que é prá *tomar o remédio, tudo direitinho...*"

(Mulher, 20 anos, casada, dona de casa, 5ª série, Alta por Cura)

"(..) as enfermeiras falaram bastante coisa da tuberculose, para tomar cuidado, alimentar bem. O doutor também falou muita coisa, explicou da doença, do exame e do tratamento... precisa *tomar tudo certo..*"

(Mulher, 22 anos, solteira, auxiliar de limpeza, 7ª série, Alta por Cura)

"(...) explicaram que, antes não tinha o tratamento que tem hoje, e que fazendo o *tratamento certinho*, fica bom logo, explicaram desse jeito..."

(Homem, 52 anos, casado, ajudante de motorista, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(...) explicaram muito, a Maria, conversava comigo. Falava que pega é perigosa, quando sabe que está com a doença não é prá falar na frente da pessoa. O médico falou *se não tomar o remédio direito* pega a doença nos outros, tomando, não pega em mais ninguém..."

(Mulher, 48 anos, separada, serviços gerais, 4ª série, Alta por Cura)

"(...) A doutora Maria explicou tudo, que tinha cura, que o tratamento era de seis meses, perguntou tudo de mim, o que eu fazia (...) aprendi da doença e hoje eu falo para a pessoa não se assustar, porque *é só fazer o tratamento direitinho*..."

(Mulher, 31 anos, casada, copeira de hospital, 5ª série, Alta por Cura)

"(...) os médicos explicaram tudo da doença, falaram do tratamento, que tem que fazer do jeito que ele mandou, *direito, sem falhar*, dos cuidados e dos exames da família, explicaram onde eu cuspi era prá ninguém pisar, não separar as coisas que usava ... falaram comigo, com a filha . "

(Homem, 67 anos, aposentado, separado, analfabeto, Alta por Abandono)

"(...) o médico explicou tudo direitinho, que se eu tivesse tomando o remédio não precisava ficar com medo de passar para ninguém.. Eu sabia pouco da doença, hoje acho que sei um pouco mais do que antes. Agora a gente sabe que tem tratamento e *é só fazer direitinho* que a gente se cura, acho que é isso aí!..."

(Homem, 28 anos, solteiro, feirante, 2º ano do 2º grau, Alta por Cura)

A expressão 'seguir direito o tratamento', parece sintetizar a idéia de que, no tratamento antituberculose não é necessário que o paciente saiba como os remédios atuam no organismo, mas que devem ser ingeridos corretamente. Isto sugere que, o doente confia no médico e acata suas prescrições para ser curado, significando uma fé cega na Medicina, já que se crê naquilo que não se compreende.

Os depoimentos sugerem que, a clientela colocou em prática a orientação relativa à ingestão de medicamentos, motivada pela expectativa de cura, confiando no poder da Medicina. Contudo, muitos clientes que haviam mencionado a importância da medicação, interromperam precocemente o tratamento medicamentoso. Tal constatação mostra que, a submissão ao discurso médico não ocorre plenamente, como pode indicar o comportamento 'tímido' do paciente frente ao médico.

Consideramos que, o trabalho dos profissionais de saúde, principalmente das enfermeiras, que procuravam sempre lembrar aos pacientes esta orientação, contribuiu para que os doentes de alguma forma conseguissem captá-la, embora não fosse o suficiente para induzi-los a incorporá-la como uma prática efetiva.

Os exames dos comunicantes dos doentes de tuberculose foi outra orientação transmitida à clientela.

"(...) o médico falou para nós, aqui de casa, fazer o exame para ver se está todo mundo bem, mas aqui ninguém fez, porque todo mundo está bem de saúde, não tem nada...."

(Homem, 44 anos, casado, aposentado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(...) a enfermeira da UNICAMP quando a gente foi lá .... pediu exame da família, ninguém foi tratar, está todo mundo com saúde, ninguém está como eu estava...doente, fraco, com tosse, dor no peito, muito mal...."

(Homem, 32 anos, casado, pedreiro, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(...) falei para todo mundo em casa ir no postinho fazer o exame, ninguém foi até hoje, larguei mão, não falo mais. A enfermeira falou para minha irmã que todo mundo de casa tinha que fazer, mas lá, não tem jeito, lá eles acham que estão bem...."

(Homem, 29 anos, solteiro, ferreiro armador, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) o médico disse que eu estava com tuberculose, que a minha família tinha que fazer exames também, mas eles não fizeram, acharam desnecessário..."

(Homem, 32 anos, solteiro, montador de cadeira, 6ª série, Alta por Abandono)

"(...) na orientação, falaram prá gente do exame nas pessoas da família. Aqui de casa ninguém fez esse exame, mas todo mundo está bem, sem tosse e resfriado...."

(Homem, 42 anos, casado, motorista, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(...) A família não foi fazer exames, eu falei, mas não foram, não ligaram, o pessoal de casa não tem medo da doença. A minha mulher fala que está bem e que tem que trabalhar, ela faz faxina, porque eu não posso trabalhar, os filhos não querem ir lá no postinho fazer o tal exame que o médico mandou, eles falam para mim que é besteira...."

(Homem, 37 anos, casado, despachante, 1º grau completo, Alta por Abandono)

"(...) a minha filha não fez o exame que o médico da UNICAMP mandou, para saber se ela e o neném estavam com tuberculose. Ela disse que não tem nada, é bobagem fazer, mas eu acho que ele está doente, vive sempre resfriado, está magrinho. A minha filha mora comigo, ela trabalha e eu tomo conta do meu netinho. Eu procurei

me afastar do meu neto, não que o médico mandasse, é que eu achei melhor, não se deve arriscar a vida de uma criança inocente, mas eu acho que ele não está bem....."

(Mulher, 51 anos, viúva, dona de casa, analfabeta, Alta por Cura)

"(...) Lá em casa, eles não quiseram fazer exames, falaram que não precisa, estão todos bem de saúde; o meu cunhado .. fuma demais, ele está com problema 'chiado no peito'. Fui explicar para ele que é problema de pulmão, não teve jeito, é cabeçudo, muito machão..."

(Mulher, 44 anos, solteira, empregada doméstica, 4ª série, Alta por Cura)

Os comunicantes que realizaram os exames alegaram ausência de sintomas que pudessem indicar a tuberculose, não existindo, portanto, nenhuma razão para fazê-los.

Esta recusa dos comunicantes, novamente, coloca como questão para reflexão o fato da aceitação das ordens médicas, estar condicionada por uma gama de representações, tais como a representação da doença, saúde, cura e corpo detida pelos membros das classes populares.

Neste sentido, afirma LOYOLA (1984), quando uma orientação médica não é cumprida, tal não se deve exclusivamente à falta de recursos econômicos do paciente, "mas uma crença popular, uma visão do mundo, do organismo e da saúde, em grande parte incompatíveis com àquelas subjacentes à Medicina legitimada pelos cânones da ciência".

Dos 36 entrevistados, nove afirmaram não ter realizados exame dos comunicantes. Destes, sete pertenciam ao grupo com alta por abandono. Portanto, estes doentes e seus comunicantes não cumpriram às orientações médicas.

As entrevistas indicaram, ainda, que os doentes receberam informações sobre a tuberculose, o tratamento a ser seguido, além de orientações referentes a evitação de determinados hábitos. Eles se mostraram 'satisfeitos' com as informações, considerando-as 'boas'.

"(...) Eu até fui em palestras que esclareceram o que era a tuberculose, na UNICAMP. Meu pai e minha mãe também foram. Explicaram que era uma doença perigosa, que tinha que se tratar, que a tuberculose é uma doença contagiosa, a pessoa tem que ficar em lugar com bastante sol, luz, não deve ficar em lugar fechado.... A orientação é muito boa..."

(Homem, 31 anos, solteiro, motorista, 5ª série, Alta por Abandono)

"(..) Falaram muita coisa da doença, eu não lembro de tudo. Eu só lembro de alguma coisa, sabe a gente esquece, tem memória curta (...) tinha que fazer o tratamento, a enfermeira mostrou as fotos. Eu lembro que as fotos mostravam que essa doença dava no cérebro, em qualquer lugar do corpo, isso eu não esqueci, eu fiquei satisfeita com tudo, as coisas que falaram prá mim me deixaram satisfeita..."

(Mulher, 22 anos, solteira, auxiliar de limpeza, 7ª série, Alta por Cura)

"(...) O tratamento na UNICAMP foi muito importante ... lá eles me deram um folheto explicativo, orientaram a minha alimentação, falaram prá não pegar friagem, deixar de fumar e beber e para cuidar da saúde. Eu achei que foi muito bom tudo o que eles disseram prá mim, eles sabem o que dizem, e a gente que segue só tem a ganhar..."

(Homem, 51 anos, casado, pedreiro, analfabeto, Alta por Cura)

"(...) O médico explicou que é uma doença que mata ... tem que fazer o tratamento direito, falou que não é para conversar muito perto. O médico perguntou se meus filhos tinham tomado vacina. Eu disse que sim, eles tinham tomado. Eles não pegaram tuberculose, graças a Deus. Mas eu gostei da orientação daqui do médico da UNICAMP. Eu achei bom o que falaram para mim, não tenho reclamação....."

(Mulher, 24 anos, separada, empregada doméstica, 3ª série, Alta por Abandono)

"(...) Os médicos falaram nas orientações da alimentação, que deveria ser reforçada com leite, ovo, manteiga, e se tiver uma dosagem certa de remédio nos pulmões, não passa para outra pessoa. Eu achei que eles explicaram direitinho e achei que foi bom, eu aprendi com essa doença que é importante tomar o remédio e cuidar da gente..."

(Mulher, 21 anos, casada, dona de casa, 5ª série, Alta por Abandono)

Um dos entrevistados julgou-se capacitado a informar outros doentes (pessoas pertencentes ao círculo de amizades), sobre a terapêutica e o exame dos comunicantes.

"(...) Antes de ficar com tuberculose, não sabia nada .. mas agora eu sei. O pai de um amigo também pegou tuberculose e eu fui falar com ele, animá-lo a falar da importância do tratamento...(..) do remédio, que não era comprado (...), dos exames que todos de casa deveriam fazer..."

(Mulher, solteira, 26 anos, vendedora, 3º grau incompleto, Alta por Cura)

Como sugerem os depoimentos, a clientela recebeu orientações e explicações verbais, dos profissionais de saúde em relação a tuberculose, especificamente quanto ao remédio, ao tratamento, a cura e ao contágio. Sabe-se que, há dificuldades na comunicação, entre o profissional de saúde e clientela, que vão desde a linguagem empregada até à distância social que separa médico e paciente.

Em nossas observações *in loco* bem como nas entrevistas, notamos que, principalmente as enfermeiras procuravam maior proximidade com a clientela, comunicando-se de maneira mais acessível e valendo-se de fotografias contendo mensagens sobre a doença.

Havia, ainda, por parte destas profissionais, um esforço em conhecer e compreender melhor o universo cultural da clientela, seus hábitos e cuidados com a saúde. A clientela também correspondia a este esforço, à medida que relatava suas dúvidas quanto ao remédio, ao tratamento e ao contágio, assim como revelavam seus medos e angústias.

Apesar do empenho das enfermeiras em reforçar e traduzir as orientações médicas, constatou-se que o número de informações apreendidas pelos entrevistados, restringiu-se a terapêutica: 'fazer direitinho o tratamento', restando ainda dúvidas e desconfiança sobre a veracidade de algumas orientações ou a negação das mesmas.

Na análise das entrevistas, observamos que seria difícil precisar, tendo como base somente o discurso da clientela, se esta seguiu ou não as orientações médicas. O impasse foi resolvido à medida que contávamos com dados concretos, tais como as altas médicas: por cura e abandono e os resultados dos exames dos comunicantes. Deste modo, conseguimos estabelecer o que foi efetivamente colocado em prática em relação às informações recebidas.

Neste sentido, foi possível afirmar que a clientela que seguiu as orientações médicas foi àquela que concluiu o tratamento, ou seja, com alta por cura; além dos comunicantes dos tuberculosos que realizaram os exames.

Quanto às orientações referentes às normas de conduta ou até à ingestão regular de medicamentos, torna-se difícil afirmar se foram ou não seguidas pelos doentes, pois não se tem como auferi-las, visto que contamos somente com o relato da clientela (tais dados poderiam ser considerados como uma fonte não fidedigna).

### **3. O ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE ANALISADO PELA LITERATURA MÉDICA**

A alta por abandono de tratamento, é dada ao doente que deixou de comparecer à unidade, por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno (BRASIL, 1995). Tal critério é adotado pelas Unidades de Saúde de todo o Brasil. A caracterização de abandono de tratamento, portanto, é oriunda da Medicina e utilizada com fins operacionais pelos serviços e como critério de classificação da clientela, isto é,

colocando-se aqueles que não retornam às unidades de saúde, nas datas indicadas, na mesma categoria-alta por abandono.

O não comparecimento do doente ao serviço de saúde sugere aos médicos e enfermeiras (e demais autoridades da área médica) que, o paciente não esteja seguindo o tratamento corretamente, visto que, a medicação fornecida é suficiente para o intervalo de tempo entre a consulta efetivada e àquela agendada. Em outros termos, quando o doente não comparece à consulta, deixa, também, de receber os medicamentos, os quais são distribuídos gratuitamente, logo após a consulta (isto quando não faltam medicamentos nos serviços de saúde).

O abandono de tratamento, conforme as explicações médicas, possibilita o aparecimento de recidivas e favorece a cronicidade da doença. Os doentes crônicos, bacilíferos, polirresistentes às drogas disponíveis são apontados pelos médicos como fontes de infecção potencialmente muito perigosa (BRASIL, 1992a).

Ainda, segundo as explicações médicas, o abandono de tratamento significa, também, deixar de eliminar as fontes de infecção, uma vez que, o principal reservatório da doença são os próprios doentes. Segundo BRASIL (1989), “os indivíduos ao se contagiar permanecem como infectados, formando o reservatório secundário da doença, uma parcela destes irá adoecer no curso do tempo, enriquecendo o reservatório principal, e fechando a cadeia epidemiológica que mantém o ciclo natural da doença (...) um doente bacilífero infecta, aproximadamente, em condições naturais (sem tratamento) entre cinco a dez pessoas por ano - até a recuperação espontânea, morte ou cronicidade, situação na qual continuará eliminando bacilos por alguns anos”.

Outra consequência, resultante do abandono, é o atraso na obtenção da cura. Toda a eficácia e o poder de cura do medicamento de nada valerão se ele não for ingerido com regularidade. Esta situação é interpretada por MAGALDI (1977), como uma situação paradoxal de defasagem entre os avanços científicos e sua efetiva aplicação em massa.

Da maneira como é colocado o problema do abandono de tratamento e suas consequências, torna o paciente um agente de contaminação e responsável pelo desenvolvimento de uma forma mais resistente da doença.

Esta também é a conclusão do coordenador do Programa de Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde, do Rio de Janeiro, que atribui ao doente a responsabilidade pelo desenvolvimento desta forma mais resistente da doença: a MDR (Multiple Drugs Resistance). Trata-se de uma forma de tuberculose resistente aos medicamentos, dectada por volta de 1992, principalmente nos pacientes que interrompem o tratamento e nos portadores do vírus da AIDS (FOLHA DE SÃO PAULO, 1995).

É sob esta ótica, que imputa-se ao paciente não apenas a responsabilidade pela disseminação da doença, mas também pela complicação do quadro clínico.

BANERJI & ANDERSEN (1963), conceituam o paciente, que deixa de comparecer a consulta médica para dar continuidade ao tratamento quimioterápico, como 'relapso'; pois tal conduta é contrária ao próprio bem do doente, da sociedade ou de ambos.

ROUILLON (1972), define o abandono numa concepção de cunho ético, isto é, como 'omissão do doente' ou do serviço, que necessita de correção e intervenção dos profissionais de saúde.

Esta argumentação com base mais ética, admite, também, que o êxito ou o fracasso do tratamento partem do conhecimento do paciente sobre a doença que, quando inexistente, denota a 'ignorância' do doente a respeito dos perigos que a tuberculose representa para o indivíduo e a sociedade.

Segundo ROUILLON (1982), é a partir das motivações dos indivíduos (incluídos os aspectos psicológico e social) e dos profissionais de saúde nos seus contextos institucionais, que devem ser buscadas as causas do abandono. A autora alerta que, o referido comportamento deve ser analisado considerando-se justificativas bem fundamentadas sobre o que se exige dele (doente). Nesse sentido, amplia o leque de atribuições de responsabilidade, envolvendo as instituições, os profissionais de saúde e por último, os doentes.

Em vez de incriminar o doente pelo abandono do tratamento, CHAULET (1990/1991) coloca em evidência a atuação dos profissionais de saúde que participaram da elaboração e execução das ações de controle da tuberculose, ou seja, os médicos, cuja

presença, é sentida em três níveis: Nível Central; Nível Intermediário; e Nível Periférico.

Porém, são estes profissionais que acabam imputando ao doente o ônus pelo fracasso do programa e do tratamento. Neste sentido, lançam sobre o problema olhares carregados de preconceitos, rotulando o doente que abandonou o tratamento de 'ignorante, fraco e irresponsável'.

Segundo MAGALDI (1977), "é muito cômodo incriminar o doente pelo abandono do tratamento ou pelos resultados medíocres obtidos na rotina dos serviços especializados em tuberculose". Nesse sentido, a autora rejeita que a culpa pelo abandono do tratamento seja lançada ao doente. Somam-se a esta idéia, autores como CHAULET (1990/1991); ROULLION (1972), que demonstraram a existência de uma longa cadeia de responsabilidades, incluindo as instituições e os profissionais de saúde, neste problema que se constituiu o abandono de tratamento.

Evidentemente, atribuir a culpa ao paciente pelo insucesso terapêutico, conceito apoiado pela maioria dos médicos, os desobriga de realizar qualquer reflexão crítica sobre os limites de sua prática e das instituições onde trabalham.

O abandono de tratamento é apenas a ponta do *iceberg* de problemas mais amplos, que os estudos têm atribuído a fatores de ordem pessoal, administrativa ou terapêutica. Os motivos, portanto, pelos quais uma parcela dos doentes não aderem ao tratamento, são diversos e englobam várias instâncias. Assim, o abandono do tratamento, tanto quanto a doença, do ponto de vista médico, é sempre um problema do indivíduo. No caso de uma doença infecto-contagiosa, como a tuberculose, o paciente, segundo os médicos, é responsável por sua morbidade, seu próprio bem estar (saúde) e da sociedade.

#### **4. OS MÉDICOS DOCENTES E RESIDENTES E O ABANDONO DO TRATAMENTO**

Nos depoimentos, os médicos docentes e residentes preferiram atribuir o abandono do tratamento da tuberculose, as causas individuais, isto é, centradas no doente,

não mencionando diretamente a organização e a operação do serviço de saúde.

Segundo os relatos, os motivos que justificam o abandono são: a 'falta de informação' do doente, sua 'ignorância' sobre aspectos clínicos da doença, o tempo prolongado de tratamento, o acesso ao serviço de saúde, o baixo nível de escolaridade, dificuldades financeiras e alcoolismo. Apontam, ainda, a importância da participação do médico no bom resultado do tratamento e no sucesso do programa, referindo-se à qualidade da relação médico-paciente.

Consideramos que, a valorização da figura do médico, na atividade pedagógica (apto a informar corretamente ao doente), encontra limitações na prática, em virtude de falhas na organização dos serviços de saúde. Tal fato, torna-se mais evidente quando se trata de estudantes sextanistas que, têm escassos conhecimentos sobre a patologia (por exemplo, contágio e terapêutica).

A qualidade da informação prestada ao paciente, foi questionada pelos entrevistados, no sentido de responsabilizarem o médico pelas falhas nas orientações sobre a doença, sendo esta uma das condições que, potencialmente, geram o abandono de tratamento.

Os entrevistados enfatizaram a importância de informações, quanto à necessidade de ingestão regular e correta dos remédios prescritos e de seus efeitos colaterais, isto é, ao transmitir informações o médico deve objetivar a conscientização do doente e, ainda, a relação médico-paciente precisa ser mais humanitária, para que o tuberculoso submeta-se ao tratamento quimioterápico.

"(...) até no abandono os doentes mostraram que, com alguns médicos, o abandono era maior do que com outros médicos. Isso significa o quê? Significa que o médico precisa de boa adesão, o paciente precisa ter uma boa adesão ao tratamento, é claro, por causa do médico. Então, o médico precisa tratá-lo muito bem, segui-lo, acompanhá-lo, tem que mostrar para ele a necessidade da medicação, mostrar para ele que qualquer problema que aconteça, ele pode procurá-lo. Então, eu acho que a relação tem que ser a melhor possível, isso, claro, em qualquer doença...."  
(Médico-Docente)

Para que ocorra a adesão dos doentes ao tratamento, os médicos julgam suficiente o estabelecimento de uma relação médico-paciente adequada, capaz de gerar a colaboração do doente, através de uma linguagem acessível (sem jargão da área médica), embora nem sempre tal aconteça.

"(...) às vezes, o médico não informa corretamente o paciente da necessidade absoluta que ele tem de tomar o remédio durante os meses do tratamento padrão, mesmo que ele esteja muito bem (...) Outro motivo, é que, às vezes, o médico falha, ele destrata o paciente, ele não informa corretamente, usa muita palavra difícil, o paciente não entende. Então, muitas vezes, ele pensa que explicou muito bem e não explicou. Como você sabe isso? Tem uma série de pacientes que você jura que entendeu, você pede para ele repetir e ele não entendeu. Então, às vezes, essa história do médico falar pouco ou difícil, o paciente acaba não entendendo.."  
(Médico-Docente)

Desta forma, para os médicos, além da transmissão de informações, é de fundamental importância a comunicação com seus pacientes, pensando na adesão ao tratamento. Outro entrevistado reconheceu que, esta transmissão é prejudicada pelo 'baixo nível cultural do doente', o que acaba provocando o abandono do tratamento.

"(...) falta de esclarecimento, é o principal..... a falsa sensação de cura está relacionada à falta de informação. Ele vai tomar o remédio 15 dias e vai se sentir ótimo, 15-30 dias vai se sentir bem: o próprio paciente curado, 'então prá que ele vai se tratar mais 6 meses?' ...Se falta informação para o paciente, seguramente, haverá prejuízo. Se ele está bem informado, não falta informação, a tendência a aderir ao tratamento é maior. Não é só o nosso lado, se o paciente abandona, a culpa é do médico. Tem um lado, eu assumo a minha responsabilidade, tenho certeza que se eu estivesse lidando com uma população com nível cultural maior, essa adesão seria maior. De repente, eu tenho que informar muito mais que o faria se fosse uma população mais esclarecida. Mas, é lógico que, o fato deles serem culturalmente pouco privilegiados, atrapalha....." (Médico-Docente)

O depoimento anterior evidencia uma visão preconceituosa dos doentes, visto como pessoas com 'baixo nível de escolaridade' e 'pouca cultura', sugerindo que quanto mais 'esclarecido' e elevado o nível sócio-econômico e de instrução do paciente, maior será o seu entendimento e adesão ao tratamento.

Deste modo, reitera-se a questão da distância social entre médico e clientela, típica de um hospital público, ou seja, os doentes são identificados por estes profissionais, como sendo 'pobres', com baixo nível de instrução e, conseqüentemente, com maior dificuldade para compreenderem as mensagens relativas à doença e tratamento.

Nas entrevistas com os médicos residentes, situados em posição hierarquicamente superior aos internos, o abandono do tratamento é atribuído à 'desinformação' dos próprios estudantes (futuros médicos) sobre a doença, o que prejudicaria a transmissão de informações 'corretas' à clientela.

"(..) os estudantes que atendem no Ambulatório de Tisiologia não são orientados a conversar com o paciente. Eles não sabem o que falar e esquecem de orientar. Isso, para mim, é um dado importante para a conclusão do tratamento, pois, ao agir desta forma, os estudantes estão colaborando para comportamentos que não levam à cura da tuberculose..".  
(Médico Residente, R3).

O depoimento sugere que, os médicos residentes desconsideram a etapa de formação destes futuros médicos (alunos do sexto ano de Medicina) e a maneira como podem estar sendo orientados no estabelecimento da relação médico-paciente ou no atendimento aos tuberculosos.

Ao 'criticarem' a postura involuntária dos estudantes, os residentes endossam o parecer de ROULLION (1982), que afirma que, o tuberculoso, quando não recebe um bom trato; não é bem um 'relapso', pois age de acordo com o que lhe foi dado. Nesta situação, diz a autora, ele é "um doente cheio de bom senso que não vai se preocupar com as obrigações que indevidamente lhe impuseram".

Quanto ao fato do paciente receber explicações claras sobre sua doença e tratamento, deve se considerar que, este é um direito do paciente, portanto, o laconismo de alguns médicos, sempre que se referem ao processo de doença e de tratamento, choca-se com esse direito.

Os médicos julgam que, o abandono do tratamento relaciona-se à desinformação do doente sobre o tratamento, seja pelo fato de não compreender o que o médico lhe diz ou por não lhe terem oferecido nenhum esclarecimento ou, ainda, porque inexistente uma 'boa' relação médico-paciente.

O depoimento a seguir, segue esta linha de raciocínio, à medida que expõe como motivo para o abandono, falhas do médico ao transmitir a importância da quimioterapia, uma vez que, esta foi dada de modo parcial.

"(...) A gente falha, talvez em não ser mais educativo no processo de cura. Acho que a gente tinha que ensinar melhor o quanto aquilo é importante ... Acho que ele acaba acreditando que pode resolver aquilo com 2 meses de tratamento....." (Médico-Docente)

Um dos entrevistados, ao abordar a relevância da informação no abandono de tratamento, considerou seu desempenho como positivo, afirmando seu esforço em orientar sobre a importância dos remédios para o paciente.

"(...) Eu acho que sou boa na parte educativa. Eu sou brava, sou enérgica, 'tem que tomar o remédio e tal'. Em alguns doentes essa fórmula funciona. Eu explico, oriento porque tem que tomar o remédio, eu acho que é importante, é fundamental explicar. Primeiro você tem que acreditar e passar para o doente que você acredita. Tem que explicar a ele que deve tomar por 6 meses, se não vai recidivar, vai ter complicação, pode ter seqüelas, isso eu explico...." (Médico-Docente)

No depoimento acima observa-se que, o entrevistado reconhece a importância de se transmitir informações ao paciente, seja através de uma prática que se vale da autoridade e legitimidade médica, ou de formas autoritárias de persuasão. Assim, as maneiras de passar a mensagem para o doente, sobre a necessidade de tomar o remédio, podem ser persuasivas ou autoritárias.

BOLTANSKI (1979), a respeito da atitude autoritária do médico frente aos membros das classes populares, diz que ela nunca aparece de forma tão clara como na

Medicina Preventiva. Como exemplo, cita as clínicas francesas de lactentes, freqüentadas essencialmente por indivíduos das classes populares, onde o médico, frente as mães que se mostram resistentes às orientações, procura eliminar as objeções através do enunciado das sanções que decorrerão automaticamente da desobediência. Assim, o médico passa a enumerar as conseqüências da transgressão à norma sobre a saúde da criança: 'A senhora lhe dará sem falta estas vitaminas, senão ele terá pernas fracas'.

A duração da quimioterapia, foi considerado como um problema no tratamento da tuberculose. Segundo o médico, o tratamento prolongado influi no abandono.

"(...) quando você recomenda para o paciente tomar antibiótico para uma infecção, durante 10 dias, o paciente toma 3 ou 4 dias e abandona. Imagina, então, se ele vai tomar 6 meses, ele abandona... tomar medicamento durante algum tempo é muito complicado, é muito tempo de tratamento e o paciente enjoa..." (Médico-Docente)

Conforme o entrevistado, a dificuldade para o cumprimento de um tratamento menos prolongado não é um fato inusitado, e em relação a tuberculose, que necessita de um tratamento considerado longo, os problemas e chances de abandono são bem maiores.

Segundo SBARBARO (1990/1991) estudos mostraram que, algumas características do esquema terapêutico estão associadas ao seu cumprimento pelo paciente. O autor afirma que, o esquema terapêutico modifica, de forma considerável o comportamento dos doentes, não devendo causar estranheza alguma, a não cooperação dos pacientes, uma vez que, esta é conseqüência do tipo de quimioterapia complexa e prolongada e, portanto, perfeitamente esperado.

Por se tratar de uma quimioterapia prolongada, é necessário um mínimo de informação sobre a doença e o tratamento pois, se tal não ocorrer, segundo ROUILLON (1972), o doente para manter uma regularidade de conduta, deverá estar extremamente ansioso ou friamente racional, ou, ainda, deverá fazer, uso da sua imaginação, em particular quando não tenha mais dores ou qualquer tipo de mal-estar.

A dificuldade de acesso ao serviço de saúde foi apontada, por um dos médicos, como motivo que influi diretamente no abandono do tratamento.

"(...) É a dificuldade da distância, eu acho que isso é fundamental, o doente não vem ao nosso ambulatório porque é longe..."  
(Médico-Docente)

Segundo o médico, a distância entre o local de trabalho ou residência e os serviços de saúde acarreta dificuldades aos doentes. Entretanto, a literatura pertinente ao tema indica que, este fator não influi no abandono de tratamento.

BANERJI & ANDERSEN (1963), em estudo realizado na Índia verificaram que, a distância geográfica não teve influência sobre o comportamento dos doentes, uma vez que, a distância média era a mesma para pacientes que apresentaram condutas opostas (regulares e faltosos) frente ao tratamento quimioterápico.

CEBRIAN & ALVAREZ (1969), em estudo realizado no Peru, constataram que, tal causa foi irrelevante no comportamento dos doentes. MAGALDI (1977) não verificou influência da distância no percentual de abandono. OLIVEIRA (1991), também não observou o peso desta causa no cumprimento do tratamento, considerando que, o abandono verificado entre pacientes de outras cidades, tratados em Campinas - SP, foi menor do que aquele constatado entre os doentes residentes na referida localidade.

Contudo, ROY (1985) considera que, a inexistência de serviços médicos e sanitários, de fácil acesso para os pacientes, compromete o término do tratamento. Para o autor, este é um obstáculo difícil de vencer.

A situação de privação econômica e baixo nível de instrução foram também apontados, como causas do abandono de tratamento, coincidindo, portanto, com as representações dos médicos sobre a clientela. Desta forma, o abandono permanece como um problema insolúvel ou de difícil solução.

"(...) as causas do abandono são várias: vão desde a falta de esclarecimento, que é a principal, até a situação econômica. Muitas vezes o paciente não tem dinheiro prá vir aqui, prá fazer o acompanhamento, o remédio acaba, não vem à consulta, pára de tomar o remédio; há também, o alcoolismo.." (Médico-Docente)

"(...) os doentes, quando não seguem o tratamento, é porque têm muitos problemas: problema familiar, social e econômico muito graves..." (Médico-Residente, R2)

"(...) Eu acredito que o abandono se deve ao fato que muitos deles são pacientes com instabilidade social e nível educacional muito ruim, e que têm algum tipo de vício, o principal é o alcoolismo. Eles têm problemas sociais e econômicos muito graves..." (Médico-Residente, R3)

"(...) Os motivos mais importantes para que ocorra o abandono é a falta de cultura do paciente. Os pacientes que abandonaram são aqueles que são alcoólatras, têm uma vida desregrada. O indivíduo que não está muito aí com a vida; aqueles assim: 'se um caminhão passasse por cima de mim, é até muito bom, não estou ligando muito'...." (Médico-Residente, R2)

Em alguns dos depoimentos citados anteriormente, há referências ao alcoolismo. Para os entrevistados, o alcoolismo é um vício que está associado à pobreza, ou seja, para eles a imagem do alcoólatra espelha também a da pobreza (alcoolismo e pobreza, um duplo estigma). A rejeição social ao alcoólatra talvez não esteja relacionada apenas ao alcoolismo, mas à própria condição de miséria.

Ao estudarem o alcoolismo, alguns autores, como MILAM & KETCHAM (1986), afirmaram que, "a grande maioria dos profissionais e não-profissionais da saúde crêem que ele é uma 'fraqueza' emocional e um mal moral que pode destruir a sociedade". Para eles, somente alguns profissionais "conceituam o alcoolismo como uma verdadeira moléstia fisiológica que transforma sua vítimas, deixando-as com pouco ou nenhum controle sobre seu comportamento".

A concepção do alcoolismo como doença altera o modo de ver o indivíduo tuberculoso que abandona o tratamento. Nesta perspectiva, o abandono passa a ser concebido como uma síndrome de dependência, perda de controle, ou, ainda, perda da liberdade de escolha. Tal idéia difere daquela que vê o alcoolismo como um vício apenas,

sugerindo que o alcoólatra escolheu sua sorte e que se ele é vítima, é também o causador de sua incapacidade.

Na relação alcoolismo-vício a síndrome física está presente, caracterizando o alcoolismo numa doença. Esta visão sobre o alcoolismo, dá-se, a partir do resgate do conceito de que o vício ocorre a partir do hábito, concomitante à síndrome física, ou seja, a síndrome vai, gradualmente, se instalando, conforme o indivíduo se acostuma a ingerir doses de álcool. O habituar-se e tornar-se dependente guardam estreita correlação, efetivamente, no caso de haver vulnerabilidade biológica e psicológica.

MASUR (1984) alerta que, a maior ênfase na determinação biológica em detrimento a determinação sociocultural, faz com que as causas sociais sejam minimizadas ou ignoradas. Segundo a autora, é necessário pensar que o alcoolismo pode ser um sintoma, não só de problemas intra-individuais (orgânicos ou psíquicos) mas, também, gerado pela sociedade.

MAGALDI (1977) agrupa as várias causas de fracasso do tratamento em categorias imbricadas: causas sociais, culturais, organizacionais e administrativas. A autora inclui, entre as causas educativas (baixo nível de instrução), a ausência da educação em saúde ministrada pelos serviços à clientela. Na visão da autora, em todas as camadas da população, inclusive entre os profissionais de saúde, existe desconhecimento sobre o fatores causais, mecanismos de transmissão, necessidade de continuidade de tratamento na ausência de sintomas e assiduidade aos controles.

A visão de MAGALDI (1977), sobre a falta generalizada de conhecimento da doença, entre os profissionais de saúde, está em conformidade com a crítica feita pelos médicos entrevistados, citada anteriormente, a respeito da conduta dos estudantes de Medicina no atendimento aos doentes no Ambulatório de Tisiologia.

Problemas familiares e econômicos foram apontados por CEBRIAN & ALVAREZ (1969), ao analisarem, entre outras questões, as causas do tratamento irregular. Os autores verificaram que, além dos doentes serem tratados inadequadamente, coexistiam problemas financeiros, oriundos da longa duração da tuberculose, o que gerava, um desequilíbrio familiar, influenciando negativamente no êxito do tratamento.

A constatação de que as causas sociais e econômicas, interferem no sucesso da quimioterapia, não se concentra apenas nas produções acadêmicas, podendo ser encontrada em documentos oficiais. Segundo BRASIL (1992a), a explicação provável para o 'fracasso' do programa de controle da tuberculose é "que, as medidas de controle tenham-se orientado para valorizar a eficácia das técnicas, sem ponderar o relevante papel da realidade socio-econômica e das características de organização e operação do sistema de saúde".

Assim, conforme já foi mencionado, valorizaram-se demasiadamente as descobertas de drogas eficazes, deixando-se de lado os aspectos socio-econômicos e culturais que estão associados a tuberculose; as estratégias de controle foram orientadas, desde a descoberta do bacilo (em 1882), por uma concepção biomédica.

Atualmente, quando se constata o fracasso em se alcançar a meta epidemiológica, tenta-se resgatar a discussão em torno da influência destas causas (econômicas, sociais e culturais), no problema do abandono e na irregularidade do tratamento.

Alguns depoimentos dos médicos, atestam a retomada desta discussão à luz das causas socioculturais e econômicas, que atuam sinergicamente no abandono de tratamento quimioterápico (e na manutenção da doença).

Entretanto, de modo geral, os motivos descritos pelos médicos docentes e residentes, para justificar o abandono do tratamento, referem-se a atributos dos indivíduos, o que talvez seja consequência da visão clínica que só permite avaliações individuais. Sob este enfoque "pré-determinado, acabam escapando ao alcance da investigação os sentidos coletivos substanciais dos resultados e as inter-relações de toda espécie do fenômeno estudado com que o cercam" (GONÇALVES, 1994). Ou seja, existe uma base conceitual, oriunda da clínica, que sustenta este tipo de análise, na qual o abandono é tratado individualmente e não coletivamente, sem que aprofundem as inter-relações que o envolve.

## 5. AS ENFERMEIRAS E O ABANDONO DO TRATAMENTO

Os motivos referidos pelas enfermeiras em relação ao abandono de tratamento são basicamente: falta de informação, manifestações de efeitos colaterais e ausência de sintomas da doença.

Segundo estas profissionais, o paciente tem que estar bem esclarecido e consciente das conseqüências do tratamento. Se tal não ocorrer, poderá abandonar a quimioterapia devido aos efeitos colaterais dos medicamentos e à dificuldade do tratamento.

“(.....) Primeiro, porque o tratamento é com antibiótico e em jejum, e têm manifestações importantes em uma boa porcentagem de pacientes. Segundo, é porque se ele sentiu melhora, isso é de praxe com os antibióticos, melhorou pára de tomá-los, porque os antibióticos fazem mal, causam reações adversas.....” (Enfermeira)

“(.....) Eles abandonam porque não recebem as orientações. Se eles sabem direitinho sobre os problemas, as conseqüências, se está claro, para ele, tudo que vem por aí depois que abandonar o remédio, ele certamente não fará isso...” (Enfermeira)

Em um depoimento a falta de informação foi considerada como causa do abandono de tratamento.

“(.....) Quando eles acham que estão bons, muitos acham que não tem importância não dar continuidade ao tratamento. Pensam que não precisam continuar a fazê-lo. Alguns pacientes até dizem que pularam um dia, pularam horário, por causa justamente da ausência de sintomas e carência de informação sobre isto. Eu acho que é essa a causa do abandono....” (Enfermeira do Quadrante: responsável pelo Ambulatório)

Esta ausência de sintomas é a representação de cura igualada à saúde. Para as classes populares, na qual está inserida a clientela usuária deste serviço, a doença ou

perceber-se doente, associa-se à presença de sintomas. Assim, ausência de sintomas significa 'sentir-se bem'.

Nesta perspectiva, o processo informativo não consegue substituir os conceitos, idéias, crenças e valores, já que, entre os indivíduos das classes populares estes são elementos constitutivos da maneira de ver e de pensar o corpo, saúde e doença.

As enfermeiras não consideram aqueles doentes que abandonam o tratamento, esclarecidos sobre a importância e a necessidade de fazer o tratamento durante seis meses ou mais, até o recebimento da alta médica. Para elas, esta falta de conhecimento a respeito da terapêutica pode estar associada à assimilação parcial, pelos pacientes das orientações recebidas, ou à transmissão insuficiente de orientações que lhes mostrassem o risco de vida a que estão sujeitos, quando não cumprem as prescrições médicas.

Os depoimentos dessas profissionais sugerem que, a 'falta de informação' (causada ou não por falhas no processo informativo), leva ao abandono de tratamento. Assim, para as entrevistadas, existe uma carência de conhecimento, por parte do doente, sobre o tratamento, que o predispõe a agir desta maneira. Tal conclusão é semelhante àquela que atribui ao doente a responsabilidade pelo abandono, mesmo que seja parcial ou mesmo involuntária (nos casos em que ele não recebe as orientações necessárias).

Entretanto, em nenhum momento as enfermeiras questionaram o modelo assistencial da prática ambulatorial ou o próprio trabalho médico ou, ainda, da equipe de saúde na relação com a clientela. Ao contrário, é sempre através de referências aos atributos do doente que o abandono ou êxito do tratamento são considerados. Porém, conforme os depoimentos a seguir, são vários os motivos que podem induzir o doente a se comportar contrariamente às prescrições médicas, e não apenas os atributos individuais como sugerem os relatos das profissionais de saúde.

## 6. O ABANDONO DO TRATAMENTO SEGUNDO A CLIENTELA COM ALTA POR ABANDONO

Nos depoimentos dos doentes com alta por abandono observou-se que, em seus relatos não utilizaram o termo abandono, substituindo-o por expressões, tais como 'parar de tomar os remédios'. Isto sugere que, esta conduta tem outra interpretação quando se trata do serviço de saúde ou dos médicos consultantes: ambos a vêem como desistência ou renúncia do paciente ao tratamento antituberculose.

Outro dado relevante é a predominância do sexo masculino sobre o feminino, entre os doentes com alta por abandono, isto é, as mulheres seguiram às prescrições médicas referentes a terapêutica mais do que os homens.

LOYOLA (1984) constatou, na pesquisa realizada em Nova Iguaçu - RJ, entre segmento das classes populares, que os homens freqüentemente, reduzem o tempo do tratamento em função dos resultados já obtidos e, costumam mesmo parar, com ele quando estão se sentindo melhor.

A autora lembra que, ao homem da classe trabalhadora não é facultado definir-se como doente, pois sobre ele pesam imposições culturais relacionadas à masculinidade e ao papel de provedor na família, que o levam a dedicar menor atenção e cuidado ao corpo, bem como a postergar a ida ao médico, quando enfermo. Contrariamente, a maioria das mulheres, dedica-se ao trabalho doméstico não remunerado que, a despeito do desgaste (físico e mental) que lhe causa, faculta-lhe maior disponibilidade de tempo para ir ao serviço de saúde e cumprir as prescrições médicas.

Se há diferenças de gênero quanto ao cuidado com o corpo, outros estudos realizados entre as classes trabalhadoras demonstraram, também, que, as condições socialmente impostas a todos os trabalhadores (inerentes ao trabalho), trazem dificuldades à ida ao médico, reduzindo a disponibilidade de tempo para os homens e mulheres cuidarem da saúde. Em relação a oferta de serviços de saúde, encontramos alguns obstáculos de acesso para o consumidor (entre eles, a distância do serviço, a compressão da demanda, tempo de

espera e os horários de atendimento). Verificamos, também, imposições cotidianas relacionadas ao trabalho, à falta de dinheiro para o transporte, à pouca disponibilidade de ônibus, fatores que dificultam o comparecimento ao serviço de saúde.

O tempo de espera (permanência no serviço de saúde) foi referido, por alguns entrevistados, como ocasionando a redução de rendimentos diários. Estes doentes não tinham vínculo empregatício, eram trabalhadores autônomos, portanto, o tempo gasto no Ambulatório, provocava perda de rendimentos, visto que, deixavam de trabalhar para irem às consultas.

Além do tempo despendido no Ambulatório, foi referida, por um dos entrevistados, a questão dos medicamentos (ingerir vários comprimidos num curto intervalo de tempo):

"(...) A gente tem que ficar tomando remédio, ir no médico quase toda semana, durante muito, muito tempo. Eu fui cansando dessa vida, perdia o dia todo quando ia para UNICAMP, e perdia dia de trabalho, fazia uns bicos, e se a gente não trabalha não tem dinheiro (...). Mas aí, com o passar dos meses eu fui melhorando, a tosse já tinha acabado, eu não tinha mais dor no pulmão. Aí, eu vi que não precisava mais ir lá.."

(Homem, 42 anos, casado, motorista, 2<sup>a</sup> série - lê e escreve pouco Alta por Abandono)

Outro entrevistado referiu-se à falta de tempo para permanecer no serviço de saúde, citando, também, a longa duração do tratamento motivo pelo qual não lhe deu continuidade, além do fato de considerar-se curado.

"(...) Eu parei por causa do tempo, fazia mais de um ano que tomava remédio, tirei chapa, não deu nada, o médico falou que tinha que tomar mais um mês, aí voltei e ele falou que tinha que tomar mais um pouco, mais um mês de novo, aí eu não tomei. Um ano nessa vida. O remédio muito forte. Parei porque percebi que não precisava mais tomar remédio, já tinha tomado muito. Percebi, que estava curado, pelo tempo:

um ano tomando comprimido, remédio. Não sentia nada, dor, aí pensei: estou curado, não tenho mais nada; aí não fui mais, estava no final do tratamento. O médico mandava ir só prá pegar remédio, eu ganhava os remédios. Na época eu era autônomo e demorava muito no Ambulatório da UNICAMP e tinha que trabalhar porque, senão, eu não ganhava nada, era só prejuízo, tinha as contas para pagar, não dava para continuar nessa vida cheia de sacrifício..."

(Homem, 31 anos, solteiro, motorista, 5ª série, Alta por Abandono)

O tempo prolongado do tratamento requerendo regularidade e disciplina do doente na ingestão dos remédios e seus efeitos colaterais, dificultaram o seguimento da quimioterapia.

Mas, o motivo referido pela maioria dos tuberculosos entrevistados que não continuaram com o tratamento, foi a ausência de sintomas da doença. Esta ausência significa para os doentes entrevistados a cura da tuberculose. Tal definição de cura (ausência de sintomas) é denominada pelos médicos como 'falsa cura'.

"(..) Parei o tratamento porque estava melhor. A tosse parou e eu me senti melhor. Fiz o tratamento acho que uns três meses, depois parei de fazer..."

(Homem, casado, 44 anos, pedreiro, aposentado, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(..) Eu parei de fazer o tratamento(..). Eu estava bom, curado, já não tinha mais da doença no corpo..."

(Homem, 67 anos, separado, aposentado, analfabeto, Alta por Abandono)

"(..) Eu parei o tratamento porque achava que estava curado. Não sinto mais nada, só que eu não posso pegar peso, eu tenho moleza, não sei porque eu tenho isso agora. Tenho aqui, na minha cabeça, na última vez que fui na UNICAMP, o doutor que me tratou falou assim para

mim: 'o senhor está bom, bem melhor!'. Foi aí que eu não fui lá mais, o doutor já tinha falado que eu estava melhor, achei melhor não ir mais. Mas também a UNICAMP é longe prá gente que mora longe, é pobre, não tem condução da gente, é difícil ir lá, tinha dificuldade de ônibus, a gente tem que tomar acho que uns quatro ônibus para chegar. É por isso que eu achei melhor parar de ir, já tinha seis meses de tratamento".

(Homem, casado, 32 anos, pedreiro, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

Ao parar com o tratamento porque se consideraram curados (com saúde), os doentes entrevistados não estavam negando a importância da Medicina, dos médicos ou dos remédios; ao contrário, reafirmaram a eficácia do tratamento, especialmente dos medicamentos quimioterápicos, os quais foram traduzidos através da expressão 'remédios fortes', significando efeitos rápidos e impacto na extirpação do mal que invade o próprio corpo. Neste sentido, novamente estavam de acordo com a idéia de cura representada como a volta a um estado saudável, em que não havia sintomas da doença.

O uso abusivo de álcool e das drogas foi mencionado, por alguns dos entrevistados, como motivo que ocasionou a interrupção precoce do tratamento, isto é, a decisão dos doentes em 'parar de tomar os remédios'.

A seguir, encontram-se transcritos os trechos de duas entrevistas, nos quais há referência ao alcoolismo:

"(...) Eu estava tomando direitinho o remédio, do jeito que o médico mandou fazer. Fiz, uns tempos, tudo direitinho, acho que uns dois meses, fiz o que o doutor falou (...) mas aí, sabe como é, eu comecei a beber umas pingas aqui em casa, e aí vai e vem, os amigos chegam para a gente e oferecem uma pinga. E aí a gente bebe uma e, sabe como é? A gente bebe, não dá para fazer desfeita. Eu parei mesmo de tomar o remédio porque não tinha que tomar mais, estava curado. Eu acho isso, porque eu não tenho nada, tosse, dor no corpo, passou tudo. Eu estou curado, não estou?..."

(Homem, 42 anos, casado, ajudante de motorista, 2ª série - lê e escreve pouco, Alta por Abandono)

"(..) Eu parava de tomar o remédio e ia beber. Quando eu bebia, não tomava os remédios, largava de tomar e pensava só na bebida. Acontecia uma coisa engraçada, mas que me deixava nervoso. Tinha vez que não esquecia de tomar o remédio, e aí eu tomava, mas aí eu acordava e o remédio estava lá por cima da mesa, eu não sei porque acontecia isso comigo (...) Depois que ficava sem tomar esses remédios eu ficava ruim de novo..."

(Homem, 29 anos, solteiro, ferreiro armador, 5ª série, Alta por Abandono)

O alcoolismo é descrito como problema moral, físico e social. Segundo os estudiosos, quando o alcoólatra tenta parar de beber, após uma semana de abstinência, ele tremerá, suará e sentirá enjôo e, ao parar de beber, estes sintomas de síndrome de abstinência se tornarão mais graves. Neste momento, ele beberá mais e com maior frequência, a fim de aliviar o sofrimento. Um alcoólatra que sofre de síndrome de abstinência tem apenas uma prioridade: álcool, e um alcoólatra desnutrido não quer alimento, quer álcool (MILAM. & JETCHAM, 1986).

Quando o tuberculoso 'prefere trocar' o tratamento pelo álcool, tudo leva a crer que ele é um dependente e o seu corpo precisa do álcool; há o desejo imperioso e uma necessidade avassaladora de uma bebida. O álcool é um agente normalizador, e o melhor remédio para a dor que ele mesmo cria, dando ao alcoólatra energia, estímulo e alívio da dor da abstinência. É nocivo e venenoso em seus efeitos posteriores, que são mais evidentes quando o alcoólatra pára de beber.

Assim, a 'troca' do tratamento pelo álcool, para o tuberculoso-alcoólatra, significa a 'troca' de um 'remédio' por outro, isto é, o medicamento antituberculose pela bebida alcoólica.

Consideramos que, aquilo que está implícito na 'troca da quimioterapia pelo álcool'; e que tem influência direta neste processo é a concepção de doença (e saúde), visto que, os tuberculosos-alcoólatras interpretaram a manifestação de sintomas e desconforto, provocados pela abstinência do álcool, como uma doença (sem ser efetivamente o

alcoolismo) que precisava ser tratada, e o remédio utilizado era o álcool, uma combinação química, droga e alimento, capaz de criar, prazer e paradoxalmente dor.

Verificou-se que, os entrevistados com uso abusivo de álcool tinham um certo decoro ao abordarem o tema, contrariamente àqueles que se drogavam (com maconha, cocaína e crack), que comentaram abertamente este 'hábito'.

"(...) Eu andei dando umas paradas .... tem uns 'lances' de cigarro. 'Você está 'sacando' qual é? A 'galera' é gente 'manera' e chama prá uns 'lero' por aí. A gente vai fundo nessa (...) Mas eu fiz legal aí o 'lance' do doutor, agora do legal (...)

(Homem, 21 anos, solteiro, sem profissão, 5ª série, Alta por Abandono )

"(.....) Eu parei um pouco com o tratamento da UNICAMP. Não estava legal, antes de ficar doente eu 'curtia direto' com os meus amigos, aí parei com a 'curtição'. Depois, não deu mais e voltei a 'curtir', fumar e cheirar...Mas estou legal, até a 'galera' falou que eu estou gordo, não sinto nenhum 'lance' da doença..."

(Homem, solteiro, 32 anos, montador de cadeira, 6ª série, Alta por Abandono)

"(...) Eu fiz tratamento durante nove meses e era muito doloroso, tinha que tomar medicamento na veia. Por causa das drogas eu não tinha veia, queria sair logo do hospital, e aí comecei a fazer o tratamento em casa. Eu quis largar o tratamento por causa das drogas, o vício é muito triste e domina a gente, eu vivia fugindo do hospital, do tratamento. Os médicos e a enfermeira tentavam me segurar, dizendo que eu não podia parar o meu tratamento porque era muito importante prá minha saúde, mas eu não queria escutar, queria mesmo tomar droga na veia e não remédio. Quando eles aplicavam remédio na minha veia, eu não sentia o remédio sentia o 'click' que a droga dava na hora da picada. Aí, eu

sentia uma vontade muito grande de me drogar. Eu sentia que tinha que sair dali e ir embora prá rua, prá procurar cocaína, prá tomar um 'baque'..".

(Mulher, 34 anos, solteira, empregada doméstica, 5ª série, Alta por Abandono)

Os depoimentos supracitados, sugerem uma discussão sobre o uso de drogas. As motivações que levam o indivíduo ao uso de drogas ilícitas estão relacionadas à necessidade de compensação, face a uma realidade adversa, plena de desequilíbrios ambientais - desemprego, educação e habitação precárias, violência e fome, num nítido e insuportável prejuízo da qualidade de vida.

Talvez a drogadição seja uma resposta limite, decorrente da impossibilidade de ajustamento psicossocial a uma sociedade que organiza o meio ambiente de forma tão agressiva e discriminatória (INEM & ACSLRAD,1985).

O 'viciado', em particular, encerra uma acusação moral (por parte da sociedade) que assume, explicitamente, uma dimensão política e policial. Qualificado com simplismo como 'maconheiro' ou 'marginal', passa a ser visto como alguém que atenta contra a moral e os bons costumes e, também, contra as próprias instituições, que fizeram dele um indivíduo anti-social.

O uso de drogas causa dependência e, também, os fenômenos de abstinência. A dependência, segundo os estudiosos, é a urgência de tomar a droga, sendo, os fenômenos de abstinência, caracterizados por dores, sudorese, palpitações e convulsões. Com o abuso, ocorre a marginalização social, a facilitação para os crimes contra à propriedade e às pessoas, perda de conceitos éticos ou morais e contínua deterioração da personalidade (CHARBONNEAU, VALLE, GRUNSPUN, KNOBEL, RAHM, 1983).

A preocupação com a droga faz o indivíduo alienar-se do que acontece entre sua pessoa e o meio. Nesta perspectiva, os valores sociais e culturais, enquanto regras de comportamento aceitos, são subjugados pelo poder de viciosidade das drogas. Tal poder de viciosidade ocasiona a 'troca do medicamento pela drogas', esta 'troca' representa a busca e o encontro do prazer pessoal e psíquico ou a fuga de um mundo hostil e sem esperança.

Em alguns dos depoimentos dos doentes usuários de drogas, também transparecem a concepção de cura, entre os motivos da interrupção precoce do tratamento.

Os efeitos colaterais dos medicamentos também foram considerados pelos doentes, visto que, julgaram que os remédios traziam maior desconforto do que os próprios sintomas da doença. Em todos estes casos, a interrupção precoce, motivado pelos efeitos colaterais da medicação, também estava relacionada a representação da saúde (cura).

"(...) Eu parei com os medicamentos porque a barriga começou a inchar, os olhos começaram a amarelar. O medicamento é muito forte, muito comprimido, dá reação, e a gente fica mal (...) e para falar a verdade, eu achava que estava bem, não sentia nada fora esse inchaço, mas isso eu sei que era do remédio, até a doutora falou isso. Fiquei desesperado com o inchaço, a dor na barriga, não me conformava como que o remédio que diz que cura a tuberculose pode fazer tanto mal prá gente..."

(Homem, 32 anos, solteiro, açougueiro, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) Sabe o que aconteceu comigo? fiz por três meses o tratamento direitinho, aí eu achei que estava boa, era muito remédio, eu ficava nervosa, acho que é por causa desses comprimidos. Mas eu fiz o que o doutor falou lá, no dia da consulta. Um dia eu fiquei olhando no espelho e vi que eu tinha engordado bastante. Eu comia muito, e de tudo, dormia como anjo, aí eu pensei comigo mesmo, que tinha tomado muito remédio, e eu também não tinha mais nada de tosse e outra coisa mais. Foi aí que resolvi parar com tudo, porque eu fiquei boa. Como a gente diz por aí, eu estava pronta para outra, 'Deus me livre! Isso é brincadeira'. E não vou dizer para você que voltei no médico para ele dar alta, porque não é verdade..."

(Mulher, 29 anos, separada, empregada doméstica, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) Não consigo fazer o tratamento, faz mal, sinto dor de barriga, vontade de vomitar, tem que tomar remédio forte. Essa coisa de todo mês ter que ir no médico, cansa e a gente perde muito tempo. Eu achei melhor parar de tomar esses remédios..".

(Mulher, 26 anos, solteira, sem profissão, 5ª série, Alta por Abandono)

"(...) tem hora que enjoa de tomar tanto remédio, a gente fica com o estômago ruim. Eu cansei de ter que ir até o hospital, tomar quatro remédios de uma só vez. Tinha também o problema dos meus filhos que não tinha com quem deixar. Eu parei porque cansei de tudo isso.."

( Mulher, 24 anos, separada, empregada doméstica, 3ª série, Alta por Abandono)

Uma entrevistada descreveu outros motivos para a sua reincidência em interromper o tratamento. O efeito colateral dos medicamentos, adicionado aos problemas administrativos, tais como a falta de remédio e médico. Tal fato ocorreu em serviços de saúde municipais.

"(..) Quando fiquei doente, fui ao médico e falaram que eu estava com pneumonia, só quando piorei e fui no Pronto Socorro da UNICAMP que comecei a fazer o tratamento. Mas não me dei bem com os remédios e parei e, depois, voltei para fazer o tratamento...Mas aí, eu estava grávida e o remédio fazia mal (...) Quando eu fazia o tratamento no posto de saúde não dava muito certo, porque quando faltava médico tinha que remarcar a consulta, tinha muita demora para esperar pela outra consulta. Quando acabava o remédio, só davam outro com a receita do médico que consultou a primeira vez e, às vezes, acabava e não tinha médico, porque o médico faltava; e aí, eu ficava sem eles.."

(Mulher, 21 anos, casada, dona de casa, 5ª série, Alta por Abandono)

Segundo YAÑEZ (1982), quando existem limitações e falhas no cumprimento de atividade, é conveniente examinar aspectos organizativos, de conhecimento e atitude pessoal com os doentes e a programação.

Por sua vez, ROUILLON (1972) aponta o abandono de tratamento da tuberculose como inserido nas deficiências administrativas. Na visão da autora, os faltosos refletem principalmente as inadequações administrativas.

Outro motivo referido, foi a distância entre o domicílio e o serviço de saúde. Para estes entrevistados, esta foi um empecilho à ida ao Ambulatório, em razão do tempo despendido para a locomoção, todos as semanas ou meses de tratamento, já que residiam em locais distantes do Ambulatório (em bairros periféricos).

O problema da distância entre domicílio e hospital, torna-se mais grave, segundo os entrevistados, porque eles dependem do transporte coletivo, no qual muitas vezes, há excesso de lotação, como conseqüência da baixa oferta de ônibus e há, ainda, o alto custo das passagens. Os depoimentos, a seguir, mencionam a complexidade do tratamento e o tempo de permanência no Ambulatório como causadores de prejuízos financeiros.

"(...) Parei de fazer o tratamento na UNICAMP, porque já tinha feito três meses, já estava engordando de novo, aí pensei, estou curado. Vou dizer prá você, era difícil, trabalhoso na UNICAMP, por causa dessa bengala, não posso andar sem ela, e tinha que tomar tanto ônibus (...), era muito duro, não gosto de lembrar!.."

(Homem, 37 anos, casado, despachante, 1º grau completo, Alta por Abandono)

"(...) Eu fiz o tratamento mais ou menos cinco meses; aí eu parei, porque não conseguia tomar os comprimidos. É muito difícil o tratamento, não dá prá tomar tanto comprimido num dia, tem que tomar até em jejum, você já pensou que sacrifício? Eu parei, também, porque é longe, tem que pegar ônibus para ir no hospital da UNICAMP, e tem a distância, a gente perde muito tempo. Naquele tempo eu estava vendendo produtos de beleza e perdia o dia na UNICAMP.."

(Mulher, 23 anos, casada, vendedora, 5ª série, Alta por Abandono)

Verificou-se que, uma paciente, mesmo sendo uma profissional de saúde, apresentou resistência às orientações médicas. A atendente de enfermagem, que idealmente deveria conhecer os aspectos clínicos da doença, uma vez que tem mais acesso ao discurso médico sobre as enfermidades, porém, manteve as interpretações a respeito da doença, inserido no discurso das classes populares.

"(...) Eu não tomava o remédio porque eu não gosto de remédio. Não mexeu com meu estômago, mas eu não queria tomar. Acho que estou curada, estou mais gorda, não tenho nem escarro.."

(Mulher, 31 anos, atendente de enfermagem, 5ª série, Alta por Abandono)

Ela, portanto, comporta-se como uma paciente, apenas, resistindo ao tratamento, ou seja, recusando genericamente a ingestão de remédios e identificando a ausência de sintomas como saúde, da mesma forma que outros entrevistados. A carência de informação não é uma prerrogativa dos doentes leigos, podendo ser observado, também, no discurso de alguns profissionais de saúde, oriundos das classes populares.

Em suma, o abandono do tratamento é uma categoria médica que, permite classificar a clientela e possibilita identificar a ruptura das normas e prescrições quanto ao seguimento do tratamento quimioterápico. O abandono tende a ser explicado, pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiras), através de associação com os atributos individuais do doente, sem que sejam aprofundadas as inter-relações sociais ou culturais que possam estar envolvidas no fenômeno. Nesse sentido, imputou-se ao tuberculoso a responsabilidade pelo abandono do tratamento, embora as enfermeiras tentassem atenuar, mais do que os médicos, a culpabilidade dos doentes, por meio de questionamentos e explicações sobre o abandono do tratamento e os efeitos colaterais dos remédios.

Para os doentes, inseridos na categoria alta por abandono, no entanto, não há abandono de tratamento da forma como entendem os profissionais de saúde ou os serviços desta saúde. Há uma interrupção precoce do tratamento, ou seja, os doentes param de tomar os remédios porque se consideram com saúde. Neste sentido, a cura nada mais é que

ausência de sintomas ou sensação de 'bem estar'. Conforme sugerem os depoimentos, esta parada pode ser, também, em muitos casos, consequência de atitudes e comportamento dos profissionais de saúde e da relação da clientela com o saber e poder médico, suas técnicas e tratamentos.

Assim, a interrupção precoce do tratamento poderia ser vista, por um lado, como a não-assimilação, pela clientela, das normas e prescrições médicas que lhe são impostas. E, por outro lado, como uma forma de reafirmação da eficácia do tratamento, uma vez que se sentem curados (com saúde). Conforme observamos, os medicamentos quimioterápicos são vistos como responsáveis pela obtenção da cura. Entretanto, para os doentes do grupo com alta por abandono, não foi necessário que esta 'cura' fosse legitimada pelo médico, através da alta médica (quando completado o tratamento e com base em critérios clínico-radiológicos), contrariamente aos outros doentes inseridos no grupo com alta por cura.

Estamos inclinados a acreditar que, a interrupção precoce do tratamento da tuberculose, (ou abandono como categorizam profissionais da área médica e serviços de saúde), não demonstra um comportamento do doente de resistência à cura. A interrupção está associada tanto à representação de saúde-doença quanto revela um somatório de fatores relacionados às condições de vida, de acesso aos serviços de saúde e de relação com os profissionais desta área, que são impedimentos para um tratamento regular. Este conjunto de razões, eventualmente, pode estar associado à resistência dos doentes, em termos de motivação individual, sendo, esta permeada pela maneira de pensar e representar a doença, a cura e a saúde. Trata-se de formas de pensamento e de representação que divergem do saber e práticas da Medicina.

## ***2. CONCLUSÕES***

A breve reconstituição da política de controle da tuberculose, no presente estudo, mostrou que, de doença que potencialmente levava à morte, independentemente da persistência no tratamento, à enfermidade curável, um longo caminho foi percorrido. Neste percurso, ocorreram mudanças nas estratégias de combate e avanços que tornaram possível a existência de tecnologia eficaz e simplificada, mas que não tiveram o impacto esperado pelos especialistas sobre a circulação do bacilo. A declaração, efetuada pela Organização Mundial de Saúde, sobre o estado de emergência da tuberculose e o anúncio de sua magnitude na próxima década, sinaliza para o real impacto desta tecnologia eficaz e simplificada na circulação do bacilo e na redução da morbidade.

As ações de combate à tuberculose, são direcionadas para o bacilo, visto que, no tratamento ambulatorial busca-se, juntamente com a diminuição da morbidade, a obstrução da cadeia de transmissão do bacilo.

A luta contra o bacilo e a procura pela interrupção da cadeia de transmissão da doença sugerem que, o tratamento de cada paciente deixa de ser um problema curativo e, portanto, individual, para se constituir em uma atividade preventiva contra novas infecções, passando a pertencer à esfera do coletivo. O Programa de Controle da Tuberculose está centrado no controle da doença, o qual envolve, do ponto de vista médico, um tratamento correto dos bacilíferos, sendo seu foco principal a redução da transmissão (eliminação do bacilo).

Na prática ambulatorial dos médicos entrevistados, destaca-se o trabalho curativo e clínico associado ao conceito de controle da doença: seja pela cura dos casos ou pelas atividades preventivas. Nesta prática, mescla-se a concepção microbiana da doença com a perspectiva clínica, centrada na Medicina da patologia: lesões, disfunções, sinais e sintomas.

Os médicos consideraram a presença do bacilo como causa determinante no processo infeccioso, divergindo das enfermeiras. Contudo, médicos e enfermeiras admitem que, as condições sócio-econômicas podem intervir no processo de adoecimento. Desta forma, os profissionais de saúde ressaltam a idéia da determinação social da tuberculose, embora a concepção de controle da doença seja através de ações exclusivamente da área médica.

Conforme estes profissionais, para o sucesso do tratamento da tuberculose - considerado eficaz por todos e adequado para alguns deles - é importante a colaboração do paciente. Esta colaboração acontece quando o doente está informado sobre a enfermidade, significando, para a prática médica, a adesão do paciente ao tratamento, por intermédio da proximidade com a terapêutica quimioterápica. Os médicos divergem sobre a assimilação das normas e prescrições pela clientela. Neste sentido, destaca-se a sugestão da criação de uma equipe multidisciplinar que atue junto ao paciente para educá-lo. Consideramos que, tal sugestão, dá indícios que os profissionais vêem limitações no trabalho preventivo, considerado importante no controle da tuberculose.

As entrevistas dos médicos, sugerem que a preocupação em educar o paciente, se deve ao perfil elaborado dos profissionais sobre a clientela. Estes profissionais, vêem a clientela como 'pobre', 'carente', 'infeliz' e com baixo nível de instrução.

Tal perfil, conforma-se com os dados encontrados na presente pesquisa, os quais apresentam uma clientela com baixo nível sócio-econômico e com poucas expectativas de ascensão profissional em decorrência do grau de escolaridade insuficiente.

Constatou-se que, a tuberculose, para esta clientela, ainda desperta sentimentos de medo e ameaça, experimentados subjetivamente. Por sua vez, os médicos, demonstraram acreditar que, ainda hoje, a tuberculose tem um caráter de estigma para eles, a clientela, a população e outros profissionais (estudantes e não especialistas) pouco familiarizados com a doença.

A grande maioria dos doentes ocultou ou se recusou a contar o diagnóstico para pessoas não inseridas no círculo familiar. Tal comportamento indica que a tuberculose continua a ser uma doença cercada de estigma. Ao lado disto, verificou-se que, houve a reformulação da representação da tuberculose, como doença que 'mata', 'isola' ou é 'incurável', por enfermidade curável e tratável

A análise das representações a respeito da tuberculose, mostrou ainda, a tuberculose como doença contagiosa. A idéia de contaminação, presente nos depoimentos, não se enquadra nos termos médicos (bacilo), mas no conceito de contágio, que envolve

relações interpessoais ou contato com algum objeto, lugar ou clima contaminado. A multicausalidade sugere, ainda, que a tuberculose está ligada a outros contextos e não apenas aos aspectos biológicos.

Observou-se que, as representações da clientela à respeito da tuberculose vão além dos aspectos terapêuticos. Assim, a doença representa, também, transtorno, quebra da rotina ou a incapacidade para executar atividades. Concomitantemente, no plano da representação confere-se à doença um potencial de interferência no cotidiano dos indivíduos. Estas representações coincidem, portanto, com a representação da doença em geral, na qual prevalece o uso instrumental do corpo no trabalho, conceito dominante em nossa sociedade em relação às classes trabalhadoras. A partir desta concepção de corpo, representa-se a saúde como ausência de sintomas ou capacidade para trabalhar. Esta mesma representação de saúde é parâmetro de cura.

No processo de cura, nota-se que, apesar do médico ter sido o agente mais procurado e valorizado, o doente também considerou relevantes sua própria religiosidade e seu esforço pessoal em seguir o tratamento médico corretamente.

No que toca ao atendimento prestado pelo médico, Ambulatório de Tisiologia e outros serviço de saúde, verificou-se que, as opiniões da clientela não foram formuladas com base em critérios da cultura dominante, mas em suas próprias experiências com os Serviços e seus especialistas.

As opiniões relativas ao atendimento prestado pelo Ambulatório de Tisiologia foram positivas, em relação ao serviço e aos profissionais de saúde. Tal avaliação, não impediu alguns doentes de reclamarem do acesso a instituição e do tempo despendido na espera das consultas. Quanto aos demais postos de saúde, foram apontados aspectos negativos quanto ao atendimento médico.

A respeito das orientações médicas destaca-se que, a tuberculose não perdia o seu caráter de doença contagiosa, para os doentes entrevistados, apesar da insistência dos profissionais de saúde em levar-lhes informações corretas. Assim, considera-se que, esta clientela mesmo que atribuindo legitimidade à Medicina oficial, confrontava algumas

orientações com outras, recebidas de seus familiares e com suas próprias noções para evitar o contágio.

Ainda, em relação às orientações médicas ressalta-se que, a orientação para seguir o tratamento corretamente foi mencionada por todos os entrevistados. Tal assimilação, não significou a efetiva incorporação do conteúdo desta orientação, pois os doentes que assimilaram de fato, foram aqueles que concluíram o tratamento (alta por cura), assim como os comunicantes que realizaram os exames. Quanto as razões apresentadas por aqueles doentes, que não seguiram a orientação supracitada, destacam-se: tempo de espera no serviço de saúde; tempo do tratamento quimioterápico; efeitos colaterais; drogas e alcoolismo; problemas administrativos; distância geográfica e problemas de transporte.

Constatamos que, em todos casos de interrupção do tratamento (casos em que houve a decisão do doente em parar de tomar os medicamentos) estava presente a representação da saúde ou cura. Trata-se de justificativas que tendem a expressar a própria representação da cura igualada à saúde, conceito freqüente na clientela entrevistada. Além disto, nos depoimentos dos doentes que interromperam a quimioterapia, era comum deparar-se com frases que afirmavam a obtenção da cura da tuberculose.

Conforme mostram os depoimentos, toda a clientela foi informada de modo semelhante, tendo assimilado a mesma orientação médica: 'fazer direito o tratamento'. Desta forma, no presente estudo, não foi comprovado que o abandono de tratamento (forma de categorizar a interrupção da quimioterapia oriunda da Medicina), ocorra devido à falta de informações do paciente a respeito da tuberculose, como afirmam os profissionais de saúde entrevistados.

A análise das entrevistas mostrou que, os médicos docentes e residentes, e enfermeiras não mencionaram diretamente a organização e o atendimento no serviço de saúde, atribuindo ao doente o ônus da responsabilidade pelo abandono de tratamento.

Este modo de analisar o problema acaba inibindo o questionamento destes profissionais sobre a instituição onde trabalham e sua prática profissional, e até mesmo sobre os responsáveis pela política de controle da tuberculose.

Conseqüentemente, adquire-se uma idéia parcial do abandono de tratamento, uma vez que, enfocam-se apenas os atributos individuais do doente. O abandono da quimioterapia não se dá simplesmente porque a clientela é 'ignorante' e 'carente', visto que, se fosse apenas decorrente destes fatores todos os pacientes, teriam abandonado o tratamento, o que não ocorreu.

Conforme as entrevistas dos doentes com alta por abandono, estão refletidas em sua representação de interrupção de tratamento, as concepções e representações da doença em geral, da saúde e do corpo. A representação de saúde iguala-se a cura, sendo este um conceito relevante que norteia tal comportamento, pois o que é cura para os doentes, não o é para Medicina, que a considera como 'falsa cura', resultante da ignorância ou da desinformação do paciente. Concluímos que, somente a partir do universo sociocultural da clientela será possível compreender suas práticas em relação às orientações médicas, entre elas o abandono de tratamento. Evitam-se assim, julgamentos preconceituosos e parciais, não apenas sobre a clientela como também sobre suas concepções e práticas sociais.



### ***3. SUMMARY***

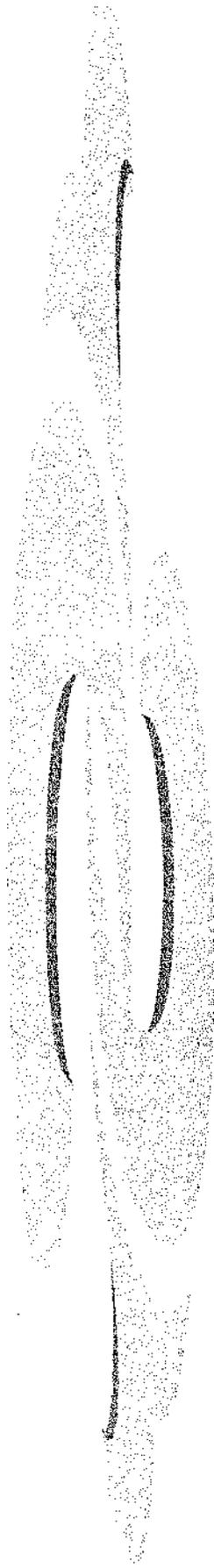
This work is the result of a qualitative survey conducted on health professionals (medical professors, resident doctors and nurses) dealing with outpatient care in a teaching hospital located in the State of São Paulo, Brazil on the one hand and on the other on a group of adult patients with a tuberculosis of the lung diagnosis discharged either as cured or for *'abandono'* (administrative discharge of patients who stopped coming to hospital, on the thirtieth day after they missed their last monthly consultation).

The analysis of the interviews with the health professionals highlights the prevalence of their egalitarian attitude toward patients in their outpatient practice, the emphasis placed on their curative and clinical activities, as well as their conception of controlling the disease through the cure of cases and preventive measures. What particularly comes to attention is the sort of mixture of a microbic conception and a clinical perspective focused on the medicine of pathology: lesions, bodily dysfunction, signs and symptoms.

The way such professionals represent their patients derives from a set of socioeconomic and educational attributes, which are the result of both their daily experience and the ideological precepts through which individuals classify the population. Divergence emerges with regard to how well patients assimilate and incorporate rules and prescriptions, and to how proper the chemotherapeutic treatment scheme is, although everyone agrees on its efficiency.

As for the interviews of patients cared of in that very outpatient ward, the analysis shows of the disease conception is included in their representations of tuberculosis, which is painted as curable, contagious and surrounded with stigma. The representations are built upon concepts derived from medical history, and their own traditions, life experiences and general representation of the disease, the latter being mainly centered on their conception of instrumental and social usage of the body. Their representation of health (absence of symptoms and/or capability to work) is derived from such body conceptions and thus regarded as the parameter for cure. On their way to cure, doctors stand as the most valued and sought for agents, being both divine influence and personal effort coadjutant factors in this process.

The analysis revealed that such patients were able to assimilate the medical orientations directly related to treatment, as well as some recommended conducts. This, however does not mean all of them incorporated or put them into practice: medical prescriptions and orientations have in fact only been followed by those who either were discharged as cured or underwent exams. Among those who did not effectively incorporate the medical orientations and prescriptions are the and '*abandonos*', who made the decision to interrupt their treatment. The conclusion to the present work is that the '*abandono*' of tuberculosis treatment far exceeds the lack of information and orientations, as suggested by medical professionals. Such '*abandono*' derives from a set of factors composed of socioeconomic, cultural causes as well as representations of health (cure), disease and body.



***4. REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

- ALMEIDA, M.M.M.B. **Vigilância Epidemiológica da Tuberculose no Município de São Paulo: uso de dados de mortalidade.** São Paulo, 1990. (Tese-Doutorado, Faculdade de Saúde Pública)
- ANDERSEN, S. & BANERJI, D. - A sociological inquiry into an urban tuberculosis control programme in Índia. **Bull World Health Organ**, 29:685-700, 1963
- BANERJI, D. & ANDERSEN, S. - A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis. **Bull World Health Organ**, 29: 665-683, 1963
- BARREIRA, I.A. - **A Enfermeira-Ananéri no “País do Futuro”; a aventura da luta contra a tuberculose.** Rio de Janeiro, 1992. (Tese - Doutorado - Escola de Enfermagem - UFRJ)
- BERLINGUER, G. **A Doença.** São Paulo, HUCITEC/CEBES, 1980
- BERTOLLI, C.F. **Doença e estigma. Cadernos de História, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2:22-25, 1992
- BERTOLOZZI, M.R. - **Pacientes com Tuberculose Pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde.** São Paulo, 1991 (Tese - Mestrado, Faculdade de Saúde Pública)
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro, Graal, 1979
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. **Saúde e Previdência: estudos de política social.** São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose - **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. - **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose - **Manual de normas para o controle da tuberculose**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. - **Manual de normas para o controle da tuberculose**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Campanha Nacional Contra a Tuberculose - **Reunião da Avaliação Operacional e Epidemiológica do PNCT na década de 80**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992b.

BRASIL. Presidência da República. **I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República. 1985-1989**. Brasília, 1985

- BRIOSCHI, L.R. & TRIGO, M.H.B. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. *Ciência e Cultura*. 39(7):631-647, 1987.
- BRITO, L.P.L. **O Relatório Pinotti e a doença de Tancredo: Medicina e Discurso.** Campinas, Papirus, 1988
- CANESQUI, A.M. - **Comida de rico, comida de pobre.** Campinas, 1976 (Tese-Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP)
- CANESQUI, A.M. - Consumo e Avaliação dos Serviços. In: SPINOLLA, A. (Org.) - **Pesquisa Social em Saúde.** São Paulo, Cortez, 1992.
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** 2a Ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982
- CEBRIAN, J.U. & ALVAREZ, J. P. Causas del Tratamiento irregular de los tuberculosos em una Unidad de Salud. *Bol. of. Sanit. Panam*, 67:43-51, 1969
- CHARBONNEAU, P.E.; VALLE, J.E.; GRUNSPUN, H.; KNOBEL, M.; RAHM, H.J. - **Escola de Pais no Brasil: Pais, filhos e tóxicos.** São Paulo, Almed Ed., 1983
- CHAULET, P. - Cumplimiento de quimioterapia de la tuberculosis. Responsabilidades del Ministerio de la Salud y de los médicos. *Bol Unión Int. Tuberc Enf. Resp.* 66:35-37, (suppl.), 1990/1991
- CIOFFI, S. Saúde e Doença na visão dos trabalhadores rurais. *São Paulo Perspec.*, 1(3):51-54, 1987
- CLARO, L. B.L. - **Hanseníase: representações sobre a doença.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995

- COSTA, A.M. - **Riqueza de Pobre: um estudo em antropologia de saúde.** Brasília, 1980. (Tese - Mestrado- Universidade da Brasília)
- DINITZ, S.; DYNES, R.R.; CLARKE, A.C.- **Deviance - Studies in the process of stigmatization a societal reaction.** New York, Oxford University Press, 1969
- DOUGLAS. M. - **Pureza e Perigo.** Rio de Janeiro, Perspectiva, 1976
- DUARTE, L.F. - **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas.** Rio de Janeiro, Zahar, 1976
- DURKHEIM, E. - **As regras do Método Sociológico.** São Paulo, Abril Cultural, 1978
- FACCHINI, L.A. - Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINELLI, J.T.; ROCHA, L.E; RIGOTTO, R.M. (Orgs) - **Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil.** Petrópolis, Vozes, 1989.
- FERREIRA, J. **O corpo signo: representações sociais sobre o corpo, sintomas e sinais em uma Vila de Classes Populares.** 1993 (Tese - Mestrado Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre)
- FOLHA DE SÃO PAULO. - Rio pode ter Epidemia de tuberculose. **Caderno (Cotidiano).** 3-4, 24/08/1995.
- FOUCAULT, M. - **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro, Forence-Universitária, 1980
- FOX, W. & MITCHISON, D.A. - Short-course chemotherapy for pulmonary tuberculosis. **Am Rev. Resp. Dis.,** 111:325-353, 1975.
- GINZBURG, C. - **Mitos, Emblemas e Sinais.** São Paulo, Companhia das Letras, 1991.

GOFFMAN, E. - **Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada.**  
Rio Janeiro, Zahar, 1988

GOFFMAN, E. - **A representação do Eu na vida Cotidiana.** Petrópolis, Vozes, 1985

GONÇALVES, R.B.M. - **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características da Tecnologia de Processo de Trabalho na Rede Estadual do Centro de Saúde de São Paulo.** São Paulo, Hucitec Abrasco, 1994.

GONÇALVES, R.B.M.; NEMES, M.I.B.; SCHRAIBER, L.B., - Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B., (Org.) - **Programação em Saúde Hoje,** São Paulo, HUCITEC, 1993. p.37-64

INEM, C.L & ACSLRAD, G. - **Drogas: uma visão contemporânea.** Imago, 1985

KNAUTH, D.R. - **Os caminhos da cura: sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares.** Rio Grande do Sul, 1991  
(Tese-Mestrado, Universidade Federal)

JUNQUEIRA, L.P. - A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde.** S.P, Hucitec, 173-202,1997

LAPLANTINE, F. - **Antropologia da Doença.** São Paulo, Martins Fontes, 1991.

LEFÈVRE, F. - **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo, Cortez, 1991.

LEPARGNEUR, H. - **A Vivência dos Doentes: A Moderna Mística da Morte. O Doente, A Doença e a Morte.** Campinas, Papirus, 1987.

LOYOLA, M. - **Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde.** São Paulo, Dieffel, 1984.

- LUZ, M.T. - **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de Hegemonia.**  
Rio de Janeiro, Graal, 1986
- MAGALDI, C. - Há recursos. Por que fracassa o controle da Tuberculose? **Saúde em Debate**, 5: 26:30, 1977
- MASUR, J. - **A questão do alcoolismo.** Coleção: QUALE (2) São Paulo, Brasiliense, 1984
- MÉDICI, A.C.- **Saúde: modelos de gestão descentralizada alternativas para o Brasil.**  
In:VELLOSO, J.P.R. (Org.) **Políticas Sociais no Brasil: descentralização eficiência e equidade.** Fórum Nacional/INAE e Ildes/Fundação Friedrich, 1995
- MILAM, J.R. & JETCHAM, K. - **Alcoolismo: os mitos e a realidade.** São Paulo, Nobel, 1986
- MINAYO, M.C.S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.**  
Rio de Janeiro, HUCITEC - ABRASCO, 1992
- MINAYO, M.C.S. - Um desafio sociológico para a educação médica. **R. Bras. Educ. Méd.**, 15(1):01-32, Jan/Dez, 1991
- MINAYO, M.C.S. & SOUZA, H.O. - Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N.R.  
**Demandas Populares Políticas e Saúde.** Petrópolis, Vozes/Abrasco, 5:75-102, 1989.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, O.C.N.; GOMES, R. - **Pesquisa social: teoria e criatividade.** Rio de Janeiro, Vozes, 1994
- MONTERO, P. **Da doença à desordem: a magia na umbanda.** Rio de Janeiro, Graal, 1985

- NASCIMENTO, D.R. - Tuberculose: De questão pública á Questão de Estado - A Liga Brasileira Contra a Tuberculose, Rio de Janeiro 1991 (Tese - Mestrado - Instituto de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro)**
- NEMES, M.I.B. - A ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B., (Org.) - Programação em Saúde Hoje, São Paulo, HUCITEC, 1993. p.65-116**
- NOGUEIRA, O. - Vozes de Campos de Jordão. Experiências sociais e psíquicas do tuberculoso no Estado de São Paulo. São Paulo, 1945. (Tese-Mestrado - Escola livre de Sociologia e Política)**
- OLIVEIRA, H.B. - Estudo de tratamento da tuberculose na rede pública do município de Campinas. Campinas, 1991 (Tese-Mestrado - Faculdade de Médicas - UNICAMP)**
- OLIVEIRA, J.A. & TEIXEIRA, S.M.F. - (IM)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO, 1989**
- OLIVEIRA, J.D. - Tísica: doença dos pulmões e da alma - um ensaio sobre as representações sociais da tuberculose no Morro de Santa Maria. Rio de Janeiro- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1988 (monografia)**
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. - Comitê de expertos de 1ª OMS en tuberculosis. Ginebra, OMS, 1974. (Ser Inf Teen, 552 - noveno informe)**
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. - La lucha antituberculosa en el mundo - analisis de la situación. Ginebra, OMS, 1983. (Informe del Director General sobre la marcha de las actividades, EB 71/7)**

- ORNELLAS, O.P. **Instituição e doença: a trajetória dos leprosários, sanatórios e hospícios.** Campinas, 1995. (Tese-Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas Unicamp)
- QUEIROZ, M.I. - Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". **Ciência e Cultura**, 39(3):272-286, 1987
- PENNA, M.LF. - Estratégias de Controle da Tuberculose: da descoberta do bacilo até nossos dias. **Cadernos do Ministério da Saúde**, 2 (Jun./Jul):117-146, 1988.
- PIERRET, J. - Les significations sociales de la santé: Paris, l'Essonne, l'Hérault. In: AUGÉ, M. & HERZLICH, C. - **Le Sens du Mal.** Paris, Archives Contemporaines, 1984
- RIBEIRO, L. - **A luta contra a Tuberculose no Brasil: apontamentos para sua história.** Rio de Janeiro, Edição do autor, 1956
- RODRIGUES, J.C. - **Tabu do Corpo.** Rio de Janeiro. Achimé, 1983
- ROUILLON, A. - Cumplimiento, motivación. **Bull Int. Un. Tuberc**, 57:254-255, 1982
- ROUILLON, A. - Discussão de problemas sobre a organização de um tratamento eficaz para doentes tuberculosos. Motivação. **Bull Int. Un. Tuberc**, 47:68-83, 1972
- ROUQUAYROL, M.Z. - **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro, MEDSI, 1988
- ROY, R.N. - Educación sanitaria sistemática de los enfermos tuberculosos y de la población. **Bol Unión Int Tuberc Enf Resp.** 66:133-134, 1985
- RUFFINO NETTO, A. & PEREIRA, J.C. O processo saúde-doença e suas interpretações. **Medicina**, 15(1-2):1-4, 1982

- SALA, A. - A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, L.B., (Org.) **Programação em Saúde Hoje**, São Paulo HUCITEC, 1993. p.117-138
- SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria do Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. - **Fórum de Debates - Tuberculose: um desafio**. São Paulo, 1993.
- SATO, L. - A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M.J.P. - **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo, Brasiliense, 1993. p.189-211.
- SBARBARO, J.A. - Cumplimiento del paciente con el tratamiento preventivo. Consideraciones operacionales. **Bol Un Int Enf Resp**, 66 (suppl.) 39-41, 1990/1991
- SCLIAR, M. - Doença e Estigma. **Cadernos de História - Casa de Oswaldo Cruz. FIOCRUZ**, 2:7-12, 1992
- SCHRAIBER, L.B., (Org.) - **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo, HUCITEC, 1993
- SCHUTZ, A. - **Fenomenologia e Relações Sociais**. Rio de Janeiro, Zahar, 1979
- SCHUTZ, A. - **Collected Papers I " Commonsense and Scientific Interpretations of Humam Action"**. Hague Martinus Nijhoff, 1982
- SONTAG, S. - **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro, Graal, 1984
- SPINK, M.J.P. O conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cad. Saúde Públ.**, 9(3):300-308, jul/set, 1993
- WAKSMAN, S.A. **A vitória sobre a tuberculose**. São Paulo, Cultrix, 1966
- YAÑEZ, A. - Factores limitantes en la aplicación de un programa de control de la tuberculosis. **Bol Un Int Tuber**, 57:216-266, 1982