



**UNISUL**

**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**CLEUZA DA SILVA**

**MARIA INÊS LORENSKI**

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE TRATAMENTO  
DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PALHOÇA - SC**

Palhoça  
2008

**CLEUZA DA SILVA**  
**MARIA INÊS LORENSKI**

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE TRATAMENTO  
DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PALHOÇA - SC**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao 8º semestre do curso de  
graduação em Serviço Social da  
Universidade do Sul de Santa Catarina,  
como requisito para conclusão do curso.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Maria de Lourdes da Silva Leite Basto Msc.

Palhoça  
2008

**CLEUZA DA SILVA  
MARIA INÊS LORENSKI**

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE TRATAMENTO  
DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PALHOÇA - SC**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção de título de Bacharel em Assistente Social e aprovação em sua forma final pelo Curso de Serviço Social, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça,

---

Prof<sup>a</sup>.Maria de Lourdes da Silva Leite Basto MsC  
Universidade do Sul de Santa Catarina  
Orientadora

---

Jane de Campos de Souza Esp.  
(Membro)

---

Prof<sup>a</sup> Andréia de Oliveira, Dra.  
Universidade do Sul de Santa Catarina  
(Membro)



*A Deus, orientador de nossa caminhada  
e aos nossos familiares, figuras importantes nesta  
jornada que chega ao fim com muito sucesso.*

## AGRADECIMENTOS

Manifestamos nossos agradecimentos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que essa longa caminhada fosse concluída com sucesso.

Dentre esses, destacamos os que seguem, mesmo sabendo que certamente estaremos cometendo omissões e injustiças.

Primeiramente a Deus e toda sua força que está junto a nós, nos ensinando a trilhar pela vida com serenidade.

A nossa orientadora, professora e amiga Maria de Lourdes, por ter aceitado essa orientação, a qual nos ensinou a pesquisar e também a viver. Desculpe pela intensa criticidade e desencontros. É mestre em todos os sentidos, sem sua presença esse estudo não seria possível... Obrigada pela amizade, o constante apoio, o compartilhar de idéias, a competência e a solicitude com que nos conduziu nessa trajetória.

A nossa supervisora Assistente Social Marilda, pela confiança em nós, pelas palavras confortantes, pelo ensino a nós despendido e principalmente pela energia positiva por ti emanada.

A assistente Social Jane por compartilhar conosco esse momento tão esperado em nossas vidas.

Às amigas Ana e Tânia, obrigada por estarem conosco durante esta etapa de nossas vidas, por toda a alegria, todas as aventuras, todo o descobrir do amor à vida. Obrigada por estarem sempre conosco, vocês fazem parte de nossas famílias na ilha da magia. Guardamos momentos felizes e abençoados, levamo-as em nossos corações para todo o sempre. Desculpe pelas desavenças... Amamos vocês e dói saber que essa etapa se foi. Desejamos todo o sucesso e toda a felicidade do mundo e esperamos reencontrá-las. Sejam felizes!

A amiga Kelly pelo incentivo, por sempre se colocar disponível e por acreditar em nosso potencial, sendo grande companheira na produção desta pesquisa.

Aos nossos colegas e companheiros de classe que ao longo da caminhada foram se tornando amigos, foi ímpar a oportunidade de conviver com vocês, desfrutar da parceria, da cumplicidade, da acolhida, dos encontros extra-classe que nos permitiram o aprofundamento da amizade.

Aos colegas de trabalho, um agradecimento especial, pela colaboração, mesmo que às vezes espontaneamente forçada, para que pudéssemos nos ausentar para as mais diversas circunstâncias ocorridas durante a graduação.

Aos professores que incansavelmente passaram seus conhecimentos com perseverança, preocupados em nos tornar boas profissionais. E não esquecendo da grande conciliadora, a mestre amiga Jucilia, que não se encontra em vida, mas encontra-se em nossos corações e lembranças, aonde quer que esteja.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

**Maria Inês**

Agradeço de modo muito especial à Manuella, minha filha, por seu apoio e dedicação durante todo esse percurso.

Aos meus outros filhos, Odilon e Andrey, pela compreensão com minha falta de tempo para a convivência familiar.

Um agradecimento muito especial à minha mãe, que sempre me incluiu em suas orações, para que eu tivesse força e não desistisse.

Enfim, a toda minha família, pelo amor, amizade, carinho e dedicação. Obrigada por motivar minha escolha, aceitando minhas verdades, confiando em mim sempre. Amo vocês.

Também não poderia esquecer o apoio da amiga Eli, sendo minha grande incentivadora e companheira, sua dedicação é admirável.

E também não poderia esquecer o apoio da amiga Marta que nunca relutou em me ajudar nos momentos em que precisei.

**Cleuza**

Agradeço a meu marido Eduardo e a minha filha Eduarda, por compreenderem minhas angústias, irritabilidade, cansaço e principalmente minha ausência.

Aos meus pais e familiares, que mesmo distantes mostraram-se preocupados e interessados em minha formação acadêmica.

Agradeço a Manuella, querida companheira que colaborou para que essas páginas saíssem de um mero rascunho para belíssimas folhas digitadas.

A Ana, minha querida amiga, seu marido Renato e sua filha Caroline, que se fizeram presentes na vida de minha família, e principalmente de minha filha, fazendo com que minha ausência fosse de certa forma amenizada e às vezes até esquecida, meu muito obrigada!

E, para finalizar, um agradecimento mútuo, pela compreensão e apoio nos vários momentos de ansiedade e desespero e também pelo tempo dispensado para que esse trabalho fosse concluído.

## RESUMO

O presente estudo, de natureza quanti-qualitativa, caracteriza-se pela busca dos fatores sociais que interferem no abandono ao tratamento de tuberculose. O trabalho foi realizado através de pesquisa de campo com usuários atendidos no Programa de Tuberculose do Posto de Saúde Central de Palhoça que abandonaram o tratamento no ano de 2006. É importante salientar que a tuberculose é uma doença infecto-contagiosa e que o tempo de tratamento preconizado pelo Ministério de Saúde é de seis meses, sendo que vários fatores sociais interferem no abandono ao tratamento. Conclui-se, então, que a intervenção do Serviço Social, no sentido de viabilizar direitos para que os usuários iniciem e concluam o tratamento é de suma importância nesse processo.

**Palavras-chave: Fatores sociais, Tuberculose, Serviço Social.**



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
BCG	Bacilo de Calmette Os Guerin
CAPS	Centro de Atenção Psico-social
CMDR	Multi Drogas Resistentes
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
DOTS	Directly Observed Therapy Short Course Strategy - Tratamento Contínuo Observado
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IDH	Indicadores de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDR	Resistência Múltiplas Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCT	Programa de Controle de Tuberculose
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPS	Programa Plantão Social
PS	Previdência Social
RHZ	Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMSMP	Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva
SUS	Sistema Único de Saúde
UCS	Unidade Central de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 OBJETIVOS</b>	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
<b>3 TRAGETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b>	15
3.1.CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL	15
3.2 A tuberculose no mundo	21
3.3 A Tuberculose no Brasil	23
<b>4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE</b>	25
4. 1 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	25
4.2 O processo de trabalho do Assistente Social na saúde	30
<b>5 SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO</b>	35
5.1 APRESENTAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	35
5.2 O programa de Tuberculose no município de Palhoça	39
<b>6 METODOLOGIA</b>	42
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	42
6.2 Participantes da pesquisa	43
6.3 Procedimento de coleta de dados	43
6.4 Procedimento e Análise de Dados	44
<b>7. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	54
7.1 DADOS QUANTITATIVOS	54
7.2 Dados Qualitativos	54
7.2.1 Atendimento no programa	55
7.2.2 Dificuldades durante o tratamento	56
7.2.3 Melhora no quadro clínico após a adesão ao tratamento	57
7.2.4 Interferência dos efeitos colaterais dos medicamentos na continuidade do tratamento	57
7.2.5 Principais motivos que levaram a interromper o tratamento	58
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	61
<b>9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	63

<b>APÊNDICES</b> .....	68
<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA</b> .....	69
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	72

## 1 INTRODUÇÃO

O referido Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é resultado da articulação entre a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I e II e Estágio Curricular Obrigatório I, II e III, realizado no Serviço Social da Secretaria de Saúde no município de Palhoça. Esse programa é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva (SMSMP), respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), sendo responsável em atender toda a população do município. A equipe é formada por uma médica pneumologista, uma técnica em enfermagem, uma estagiária e um motorista.

É importante ressaltar que o PCT situa-se na Unidade Central de Saúde (UCS) Central de Palhoça, onde se encontram também, entre outros, o Programa Plantão Social (PPS), onde foi realizado o estágio supervisionado, onde a partir de uma necessidade constatada pela assistente social do campo, juntamente com a estagiária, que se refere aos abandonados ocorridos ao tratamento de tuberculose, ficou decidido que além das atividades desenvolvidas pela estagiária do plantão social também seria realizada uma pesquisa para investigar as causas destes abandonos.

A partir daí, surgiu, então, a idéia de pesquisar as causas sociais que interferem no abandono ao tratamento de tuberculose, com o intuito de intervir para que o tratamento fosse concluído com sucesso, viabilizando o acesso dos usuários aos seus direitos assegurados por lei.

De acordo com dados obtidos junto à SMS o PCT caracteriza-se como um serviço de média complexidade, prestando serviços diagnósticos e terapêuticos, através de atendimento médico, consultas, exames e fornecimento de medicamento específico todos os dias úteis da semana. Conforme a necessidade dos usuários são realizados os devidos encaminhamentos, bem como, em alguns casos, a realização de visitas domiciliares para acompanhamento.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) torna-se relevante, no sentido de contribuir para que os usuários tuberculosos que participam do programa iniciem e concluam o tratamento, pois avaliando aspectos da realidade atual dos serviços prestados no município de Palhoça, percebemos a importância de uma equipe multiprofissional no PCT, visando à eficiência do tratamento, tendo em vista que a garantia dos direitos sociais fazem parte desse processo.

Conforme artigo da Constituição Federal (CF) “são direitos sociais educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, maternidade e infância, devendo o assistente social prestar assistência aos desamparados na jornada desta Constituição”.

Assim, a intervenção do assistente social no tratamento de tuberculose é de suma importância no sentido de garantir que direitos sejam cumpridos, proporcionando, dessa forma, a promoção e prevenção aos agravos de saúde como assegura a Constituição Federal.

Neste sentido, conforme o projeto ético-político da profissão, o Assistente Social deve estar preparado para desenvolver sua capacidade de observar, compreender e intervir na realidade, e, diante disso, elaborar propostas criativas e possíveis para viabilizar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano, considerando-se que o papel predominante deste profissional é sua participação na elaboração, implementação e execução de políticas públicas que atuem na garantia de direitos da população usuária.

O TCC ora apresentado está composto por três capítulos, contemplados a seguir.

No primeiro capítulo será abordada a trajetória das políticas de saúde no Brasil: contextualizando a saúde no Brasil, a tuberculose no mundo e no Brasil.

O segundo capítulo descreve o Serviço Social na área da saúde com a inserção do Assistente Social nas ações de promoção e prevenção da saúde, bem como o processo de trabalho.

O terceiro e último capítulo irá explorar a sistematização da prática de estágio, com a apresentação e caracterização do campo de estágio, o programa de tuberculose no município de Palhoça e a pesquisa realizada.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar quais os fatores sociais que contribuem para o abandono do tratamento da tuberculose no PCT no município de Palhoça.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar o contexto sócio-econômico dos usuários atendidos no PTC no município de Palhoça.
2. Identificar as principais dificuldades sentidas pelos usuários com relação ao tratamento.
3. Destacar possíveis fatores sociais que tenham interferido no abandono ao tratamento.

### 3. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo serão abordados aspectos referentes à contextualização da saúde no Brasil, a Tuberculose no mundo e a Tuberculose no Brasil.

#### 3.1. CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL

Desde 1918, com o processo de industrialização e urbanização, trabalhadores exigiam melhorias nas condições de trabalho, já que como se sabe, o estado em que se vivia era precário, e as condições de saúde e saneamento eram escassas.

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas, as quais constituirão no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a *criação das Caixas de Aposentadoria e pensão* (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Eloi Chaves. AS CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica–curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Segundo Kleba (2005), nos anos 40 a saúde era reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) não apenas como ausência de doença e sim como um estado do ser humano que depende de uma diversidade de fatores externos. Em 1948, a OMS a definiu como um estado de bem-estar: “A saúde é o completo bem-estar físico, mental e social” (HARTMANN, 1994, p. 118), sendo que, alcançar o melhor estado de saúde possível, é um direito básico de toda pessoa.

No Brasil, as décadas de 70 e 80, foram tempos de grandes mudanças e novas propostas para o campo da saúde no âmbito das políticas sociais. O modelo médico-

assistencialista privatista, instalado durante o período militarista, estava caracterizado com o contexto social pelo qual o país passava.

Este contexto era de despolitização da sociedade e violenta desmobilização através da repressão por parte do Estado. O cenário mundial nessa época passava por grandes transformações com relação à saúde. Concomitante a esse cenário mundial, no Brasil, acontecia o “milagre econômico”, que garantia ao regime estabilidade autoritária e um amplo avanço da “clientela” previdenciária.

Kleba (2005) defende que “essa definição não teve, naquela oportunidade, repercussão efetiva nem na política da própria OMS, nem na política de saúde dos Estados que assinaram tal documento – na época 61 países. Até os anos 70, os conceitos e os programas ligados à promoção da saúde eram orientados em sua maioria por estreito paradigma baseado na doença e em seu combate. Neste sentido, o papel do Estado restringia-se a garantia de assistência médica, cuja qualidade e eficácia eram condicionadas à garantia dos recursos necessários para que o médico pudesse realizar um diagnóstico preciso e uma terapia apropriada”.

Para a OMS, a responsabilidade principal na garantia das condições necessárias para uma vida saudável se encontra fora do setor de saúde. As condições imprescindíveis para um crescimento real e o desenvolvimento social são paz e justiça social, alimentação suficiente e acesso ao abastecimento de água, oportunidades de formação e habitação digna, além da “oportunidade para que cada cidadão assuma uma tarefa significativa na sociedade e disponha de uma renda suficiente”. (WHO, 1985, p. 17 *apud* OKAMURA 2003)

Ao final da década de 70, esse modelo médico apresentava muitas dificuldades, pois se originava de um processo excludente em que a maioria da população não tinha acesso aos benefícios previdenciários.

Nos anos 80, a Sociedade Brasileira ao mesmo tempo em que viveu um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. [...] A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida, das idéias e interesses do projeto da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Bravo (2006) corrobora que, a Reforma Sanitária (RS) então, foi um movimento criado em resposta à repressão militar, luta pela descentralização, universalização e unificação da assistência à saúde, que incluía profissionais da saúde, intelectuais e organizações sociais



para uma nova proposta de política de saúde. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente ao Sistema Único, mas à Reforma Sanitária.

Na concepção de Kleba (2005) o debate sobre o modelo assistencial ganhou novo impulso na I Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada em 1986, em Ottawa, Canadá. O conceito de promoção à saúde ali formulado resgata a complexidade do processo saúde/doença em suas dimensões sócio-políticas, definindo a saúde como “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”. (BRASIL, 1996, b, p. 12).

Neste sentido, segundo a autora acima citada, a saúde não pode ser separada de outros objetivos sociais. Aponta para a estreita inter-relação entre o ser humano e o meio ambiente, onde a diretriz principal da vida é o apoio mútuo, bem como o cuidado para com o meio ambiente em que vivemos, onde considera que, a saúde é um processo construído pessoal e coletivamente.

A consolidação da assistência social como política pública vem adquirindo relevância no contexto da sociedade, respaldada pela Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 194 institui o conceito de Seguridade Social como “conjunto integrado de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurarem os direitos à saúde, previdência e assistência social” bem como garante direito à saúde, inscrito no artigo 196, referindo-se a esta como direito de todos e dever do Estado proporcioná-la, garantindo também, o acesso igualitário a esta prestação, devendo ser garantida a través de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os artigos 203 e 204 da Constituição Federal também dispõem da organização da assistência social. Assim, em 1993, a mesma, é regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) conforme a lei 8.742, que em seus artigos 1º define a assistência social como “direito do cidadão e dever do Estado, política de seguridade social não contributiva que prevê os mínimos sociais realizados através de um conjunto de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento das necessidades básicas”.

É válido destacar que, conforme Carvalho (2000) “Mínimos Sociais são abrangentes, não se referem apenas às condições de sobrevivência, mas à garantia de direitos que elevem a qualidade de vida”.

A Constituição Federal preocupou-se em assegurar direitos individuais e coletivos, e os direitos sociais brasileiros, dentre os quais se destaca o Direito à Saúde, previsto no artigo 6<sup>a</sup>. O artigo 196 complementando o anterior estabelece que a saúde seja direito de todos e dever do estado:

“São direitos sociais a educação, saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados na jornada desta constituição”. (EMENDA CONSTITUCIONAL n<sup>a</sup> 26 de 2000)

A Constituição Federal de 1988 apresentou avanços no campo de políticas sociais. Entre outras inovações, a Carta Magna trouxe a integralidade das três instâncias, como prevê o artigo 194 “A Dignidade Social compreende um conjunto de ações integradas de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, considerando-se essas políticas como o tripé de seguridade social.

Assim, a saúde fica definida pela Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação.”

Nesse sentido, pode-se dizer que “a saúde é um direito de todos”, portanto, um direito universal, significando que todos os seres humanos sem distinção alguma nomeadamente de raça, de cor, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação, devendo ser respeitado seu direito à saúde.

Como nos refere Mendes (2003), o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um processo social de construção da saúde e, como tal, de construção da cidadania.

De acordo com o artigo 4<sup>o</sup> da Lei Federal n<sup>o</sup> 8080, o SUS pode ser definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público e complementarmente (...) pela iniciativa privada”, podendo ser entendido também como uma nova formulação política e organizacional para reordenamento dos serviços e das ações de saúde, formulação essa estabelecida pela constituição de 1988 e posteriormente pelas leis que a regulamentam. É, portanto, um novo sistema de saúde, ou melhor, um novo sistema em processo de construção.

Baseado nos preceitos constitucionais a construção do SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade.

A Universalidade é onde todas as pessoas têm o direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc. A saúde é um direito de cidadania e dever dos governos municipais, estaduais e federais. Deixa de existir com isso a figura do “indigente” para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado de trabalho).

Já a Equidade fala que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.

Quanto à Integralidade, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. É preciso garantir acesso às ações de: promoção (que envolve também ações em outras áreas, como habitação, meio ambiente e educação); proteção (saneamento básico, imunização, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária) e recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes).

São princípios que regem sua organização: regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos, complementaridade do setor privado.

A regionalização e hierarquização são as redes de serviços do SUS, que devem ser organizadas de forma regionalizadas e hierárquicas, permitindo assim, um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada.

Enquanto que a resolutividade é a exigência de que quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo, independentemente de sua complexidade.

Já a descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que, quando mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

E a participação dos cidadãos é a garantia de que a população por meio de tal entidade representativa pode participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local.

Existe ainda a complementaridade do setor privado, onde a Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, esta é possível, devendo seguir algumas condições como: a celebração do contrato conforme as normas de direito público; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS; e a integração dos serviços privados deverá dar-se na

mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

A promoção, proteção e recuperação da saúde são previstas pela lei 8.080/90, expressando as conquistas da Constituição Federal de 1988 e a lei 8.142/90 que regulamenta a participação social, prevendo-a através da formação de conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde e a realização periódica de conferência nos três níveis de governo.

Carvalho (1998) ressalta que, como variável dependente, os Conselhos são frutos de um processo de caráter nacional, que se consolida com o processo de implementação do SUS.

Para O'Dwyer e Moyses (*apud* KLEBA 2007, p. 26), o processo de implementação dos Conselhos no interior do SUS desencadeou um “processo pedagógico de construção, desconstrução e reconstrução de práticas de participação social e controle do Estado, onde os diferentes atores envolvidos [...] revêem suas práticas, valores e certezas, ao mesmo tempo em que dão corpo aos sistemas locais e nacional de saúde.

Kleba (2005) destaca que, desta forma:

“a participação social na conformação do SUS pode se constituir num processo de empoderamento, no qual os indivíduos, grupos, instituições e estruturas sociais transformam e são transformados numa relação dinâmica e interdependente. Neste processo, os sujeitos tem seu poder de apreensão, reflexão e intervenção sobre a realidade, fortalecidos através de seu engajamento, comprometimento e co-responsabilização pela transformação das condições de vida e de saúde, compreendendo limites e possibilidades inerentes ao processo, aprendendo a utilizar os recursos existentes de forma mais eficaz e criando novas formas de intervenção que garantam resultados mais positivos.”

É importante destacar que a autora acima referenciada considera que a construção do SUS no Brasil constitui-se num espaço de aprendizagem da democracia, resultando em mudanças significativas nos espaços de decisão e nas relações entre os diferentes atores de saúde. A mesma autora evidencia que as pessoas são convidadas desta forma, a assumir a co-responsabilidade pela saúde pessoal e coletiva: conhecê-la em sua complexidade, refletir sobre suas distorções, bem como sobre a responsabilidade de intervir sobre estas, e agir de forma consciente e criativa enquanto sujeitos na construção da saúde.

### 3.2 A tuberculose no mundo

A tuberculose é um dos mais relevantes problemas de saúde pública no mundo (Snider et al. 1994) e a principal causa de morte associada a um único agente infeccioso (Raviglione et al. 1995). Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que esta proporção pode atingir 60% dos adultos nos países em desenvolvimento (KOCHI 1991; WHO 1997<sup>a</sup> *apud* OKAMURA 2003).

No decorrer do século XX, a melhoria das condições de vida nos países industrializados e a introdução, a partir da década de 40, da quimioterapia altamente eficaz, juntamente com o desenvolvimento de tecnologia para a operacionalização de programas de saúde pública, permitiram o controle da tuberculose no mundo desenvolvido. Assim, durante a década de 70 alguns países como os Estados Unidos América (EUA), cogitaram na possibilidade de eliminação da doença. A introdução da quimioterapia nos países em desenvolvimento, na década de 1950, determinou expressiva queda na mortalidade por tuberculose, mas impacto de menor importância na incidência e prevalência e no risco por infecção da tuberculose, nas regiões pobres do mundo, que permaneceram elevados (YOUNG e WORMSER 1994 *apud* OKAMURA 2003).

Em 1993, a OMS iniciou a implementação de uma estratégia global de controle da doença (NETTO et al. 1999), com intenções de enfrentar o recrudescimento da morbimortalidade causada pela tuberculose, que desde meados dos anos 80 vinha atingindo inclusive os países industrializados, onde anteriormente a doença era controlada (JAMISON, 1993).

Segundo Jamison (1993 *apud* Okamura 2003), vários fatores estiveram envolvidos nesse comportamento, destacando-se entre eles: o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); a intensificação do processo migratório para países industrializados, originários principalmente de áreas hiperendêmicas, localizadas na África, Ásia e América Latina; aumento da prevalência de Resistência às Múltiplas Drogas (MDR) decorrente, entre outros fatores, da desestruturação dos programas de saúde e o empobrecimento de muitas nações.

Em 1996, para ter um panorama geral da doença, a OMS apresentou um relatório sobre 191 dos 212 países membros, abrangendo 97% da população mundial e apontou dados alarmantes. Estimou a existência de 3,81 milhões de casos de tuberculose, sendo que 1,29

milhões com baciloscopia positiva, portanto infectantes (WHO, 1998 *apud* OKAMURA 2003). Selecionou entre os países estudados, 22, onde ocorrem 80% dos casos bacilíferos, classificando-os como prioritários, e o Brasil situava-se entre eles.

O autor acima referenciado destaca que a estratégia de controle, proposta pela OMS abrange a descoberta dos casos pulmonares bacilíferos, feita pela investigação sistemática de sintomáticos respiratórios; tratamento curto em seis meses (com rifampicina, isoniazida e pirazinamida) e a adoção da estratégia do Tratamento Curto Diretamente Observado (DOTS).

Em 1997, dos 22 países prioritários para o programa da OMS, apenas o Brasil e a Zâmbia não haviam aderido ao sistema de DOTS. Em contrapartida, o Peru e o Vietnã alcançaram sucesso atingindo as metas propostas pela OMS, ou seja, obtiveram 70% ou mais de detecção de casos e acima de 85% de cura através do DOTS.

No mundo, em 2000, foram notificados 3,6 milhões de casos novos, com uma Taxa de Incidência de 61/100.000 habitantes, dos quais 1,53 milhão (43%) com baciloscopia positiva. A Ásia notificou 38% dos casos (1,39 milhão), sendo que a China foi o país que registrou o maior número, totalizando 348 mil, seguido pela Índia, com 211 mil. Nas Américas foram notificados 233 mil casos novos (WHO 2002 *apud* OKAMURA 2003).

Estatísticas de órgãos internacionais estimam que haja, no mundo, 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, das quais 12 milhões têm co-infecção com tuberculose. A infecção pelo HIV é o mais importante fator de risco para converter a tuberculose latente em tuberculose ativa (HIGHLIGHTS 2001; PERLMAN et al. 1999 *apud* OKAMURA 2003).

A resistência do *M. tuberculosis* às drogas utilizadas no tratamento da tuberculose também é um dos problemas a ser enfrentado. Há estudos demonstrando que atualmente a resistência a uma das drogas varia de 2%, como na República Tcheca, até 41%, e na República Dominicana, com uma média de 10,4% para o mundo (WHO 1997, *apud* OKAMURA 2003).

### 3.3 A Tuberculose no Brasil

A OMS coloca o Brasil no décimo terceiro lugar dentre os vinte e dois países onde são observados 80% dos casos de tuberculose (WHO 2002b *apud* OKAMURA 2003).

Em 1998, no Brasil, o coeficiente de mortalidade foi de 3,5/100.000 habitantes, com a morte de 5.879 mil pessoas. Em 1999, estima-se que tenham ocorrido 124.000 casos novos de tuberculose, no entanto, foram notificados somente 78.628, portanto, 63,4% do esperado. O coeficiente de incidência foi de 48,0/100.000, a taxa de cura atingiu 72% e a de abandono foi de 12% (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002a).

Já em 2000, apesar de conseguir identificar apenas 79% dos casos bacilíferos respiratórios esperados, o Brasil inicia a implantação do DOTS na Região Centro-Oeste, apesar de representar apenas 7% dos casos estimados para o país (WHO 2001 *apud* OKAMURA 2003 ).

A vacina contra o *Bacilo de Calmette Os Guerin (BCG)* foi introduzida no país em 1927 (RUFFINO 2002). No Estado de São Paulo, a vacinação de rotina com o BCG-ID em menores de um ano amplia-se a partir dos anos 70, como parte do Programa Nacional de Imunização (PNI), e partir de 1979 apresenta coberturas, segundo dados administrativos, próximas de 100% (CVE 2002b).

Os dados disponíveis indicam que ela contribuiu para a diminuição da mortalidade por tuberculose entre menores de cinco anos (ANTUNES e WALDMAN 1999 *apud* OKAMURA 2003).

O esquema de tratamento preconizado no Brasil desde 1979, é o de curta duração (seis meses), incluindo as seguintes drogas: rifampicina, isoniazida e pirazinamida (RHZ). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1979).

A tuberculose situa-se entre as Doenças de Notificação Compulsória (DNC), pela sua magnitude, potencial de disseminação, transcendência e vulnerabilidade (TEIXEIRA et al. 1998 *apud* OKAMURA 2003).

A estratégia aplicada no Brasil, para o controle da tuberculose, abrange: vacinação para evitar as formas mais graves (BCG no primeiro mês de vida); controle da comercialização de medicamentos (através da proibição de venda da isoniazida, sendo fornecida apenas por órgão público); notificação dos casos; busca dos sintomáticos respiratórios; desenvolvimento de estratégias visando o aumento da adesão ao tratamento,

descentralizar as atividades de controle e organizar a rede de laboratórios de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Buscou-se o aprimoramento do sistema de informação pela implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), através da alimentação dos dados obtidos do preenchimento da ficha de notificação e investigação dos casos. Este sistema é utilizado na vigilância das DNC e no planejamento e avaliação das ações de saúde para estes agravos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1997).

O Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério Público, determinou o pagamento diferenciado aos locais onde são realizados os exames de diagnóstico de tuberculose (baciloscopia e cultura) e para o serviço que tratou os usuários curando-os através da estratégia DOTS ou não.

Ruffino (2002 *apud* OKAMURA 2003) alerta que, aparentemente, está havendo uma diminuição gradativa dos casos notificados. Entretanto, isso pode significar na realidade que houve diminuição na procura de casos, já que, no mesmo período, houve aumento da diferença entre os casos esperados e os observados.

Levando em conta a magnitude da tuberculose em saúde pública, houve 83.309 casos novos notificados em 1997 e o coeficiente de incidência de 51,7/100.000 habitantes (RUFFINO e SOUZA, 1999 *apud* OKAMURA 2003). Foi lançado em 1998, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com as seguintes metas: diagnosticar em três anos, até 2001, pelo menos 92% dos casos esperados; tratar com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados, e reduzir em nove anos, até 2007, a incidência da doença, em pelo menos 50%, e a mortalidade em dois terços.

Com o intuito de atingir as metas traçadas no plano, o MS lançou, em 2000, o Programa de Controle da Tuberculose, que estabelece o controle da doença, dando prioridade a 328 municípios brasileiros dos quais, foram selecionados 53 do Estado de São Paulo e entre eles o município de São Paulo. O Programa tem os seguintes objetivos: aumentar a taxa de detecção em 20%; elevar a taxa de cura em 13% e reduzir a taxa de abandono em 7%. Outra diretriz a ser seguida é a descoberta e tratamento dos pacientes MDR e, para isso, propõe a adoção de estratégia DOTS recomendada pela OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002).

Outro indicador da relevância da tuberculose é a magnitude dos gastos indiretos. MENDES et al. (2000) demonstra que a tuberculose, nos anos de 1995 a 1998, foi a segunda doença de notificação compulsória em gastos com internações hospitalares no país, sendo inferior somente à AIDS.



## 4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Será abordado nesse capítulo a inserção do assistente social nas ações de promoção de saúde e o processo de trabalho do Assistente Social na saúde.

### 4.1 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.

A saúde tem sido preocupação constante da humanidade, desde os tempos mais remotos, sendo recente apenas a consciência mais nítida de seu relacionamento com outras espécies de vida social e o estabelecimento de ações sistemáticas, visando à proteção e a melhoria das condições de saúde. Estão ligadas aos cuidados de saúde, modos de vida, hábitos alimentares e outros. Tudo isso influenciou para que a humanidade fosse tomando consciência da importância da saúde, até reconhecê-la como necessidade fundamental.

Nesse sentido, Marcondes (2004 p. 07) ressalta que a saúde vai além de práticas clínicas, incorporando condições de vida, geradas pelas relações sociais, reconhecendo que adoecimento e vida saudável independem de aspectos físicos ou genéticos, sendo influenciados pela inviabilidade em acessar certos direitos como alimentação, trabalho, entre outros. Assim, [...] além da saúde não se constituir numa ausência de doença, uma vez que ambas interagem constantemente e não é possível estar definitivamente saudável ou totalmente doente, [...].

Para compreender o ser humano e suas reais necessidades torna-se necessário compreender as suas diversas dimensões bem como o meio onde está inserido. Assim suas atitudes no âmbito da saúde levam em consideração esses aspectos em prol de um desempenho profissional eficiente e eficaz. Essa idéia vem condizer com Egry (1996, p.57)

“O ser humano é ser biológico e social, com integridade, inserido em uma sociedade historicamente determinada. É um ser de vida social que, ao pertencer a diferentes classes sociais condiciona diferentes condições de vida, de saúde e de assistência à saúde”.

O mesmo autor completa dizendo que, o processo saúde-doença não se concebe linearmente, como algo constante, com extremos de saúde e doença, mas como processo que pode ser modificado por fatos e fenômenos.

“O processo saúde doença não é um processo individual (exclusivamente, de origem e fim), tampouco se refere exclusivamente à dimensão biológica do homem. É um processo particular de uma sociedade que expressa no nível individual de vida”. Egry (1996 p.61).

Com base nos conceitos descritos, poderemos influenciar as condições de vida dos indivíduos através de estratégias que interfiram na coletividade na qual o mesmo está inserido. Essa visão vem ao encontro das novas propostas de ação em saúde implantadas pelo Ministério da Saúde no desenvolvimento dos Programas de Ação sócio-educativas, sócio-emergencial e sócio-terapêutico que visam prestar atendimento e orientações necessárias para as pessoas que moram no município, na qual expressa a compreensão de que o trabalho em saúde deve estar perfeitamente integrado às ações curativas, de prevenção e controle de doenças. Sendo assim, esses programas são campos de abrangência do Serviço Social que necessitam de uma avaliação qualitativa para mediação de resultados, uma vez que a natureza de suas ações é processual e se concretiza a partir de mudanças de hábitos, comportamentos e atitudes do ser humano, individual ou coletivamente.

Uma vez que, o conceito de saúde-doença traz consigo a possibilidade de se eleger o objeto do cuidado (Mendes Gonçalves, apud Campos e Bataiero, 2007) e como para toda a necessidade há um processo de trabalho correspondente, os processos de trabalho em saúde, instaurados a partir do SUS, deveriam responder às necessidades ampliadas, aquelas identificadas com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença em direção às necessidades atinentes ao aprimoramento da essência humana.

Nessa perspectiva, não podemos deixar de considerar a saúde coletiva como ponto fundamental no processo saúde-doença, estando pautada na lógica do SUS, sendo, portanto, “fundamental considerar o processo de reprodução social dos diferentes grupos sociais, para caracterizar os diferentes processos saúde-doença que acometem os indivíduos.” (Campos e Bataiero, 2007, p. 609).

Segundo Paim e Almeida Filho (1998):

“A saúde coletiva compõe-se com um campo interdisciplinar conformado pela epidemiologia (especialmente a epidemiologia social), pelo planejamento/administração de saúde (na vertente do planejamento estratégico e planificação em saúde) e pelas ciências sociais em saúde, com a intencionalidade de interpretar e intervir nas condições de saúde dos grupos de classes sociais, investigando a natureza das políticas de saúde e a relação entre os processos de trabalho em saúde e as doenças e agravos”.

Assim, “atender necessidades de saúde deveria significar a instauração de processos de trabalho que propusessem respostas no âmbito das raízes dos problemas – e encaminhar à política pública de saúde na direção do direito universal”. (CAMPOS E BATAIERO, 2007, p. 613).

Sendo assim, a saúde envolve outros setores da sociedade, além do setor médico e demais profissionais da saúde, enfatizando, portanto, os cuidados com a saúde, sem concentrar recursos apenas nas ações de assistência e cura de enfermidades.

“Para que a atenção primária aperfeiçoe a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual, as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual”. (STARFIELD, 2002, p. 27).

Portanto, a promoção da saúde foi localizada no primeiro desses três níveis de prevenção (o da prevenção primária), salientando que há diferença entre promoção da saúde (qualidade de vida e prevenção controle de doenças), onde a primeira se refere à vida com qualidade através do acesso a direitos e a segunda se reporta à história natural da doença através do controle das enfermidades.

“Deve ficar claro que a promoção da saúde não deve ser mais um nível de atenção, nem deve corresponder a ações que acontecem anteriormente à prevenção. Com esta compreensão, não deve se constituir como mais um programa, mais uma estrutura organizacional. Ao contrário, se compõe de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa integralidade em toda sua complexidade e singularidade social e individual”. (MARCONDES, 2004, p. 10).

Ainda segundo o autor, “a atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração, (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes tem acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos.

Começa a percepção da existência de preceitos éticos ligados à saúde. Assim, a saúde pode ser reconhecida como um dos aspectos mais importantes da vida humana, uma das necessidades essenciais dos seres humanos e por isso, um direito fundamental. Por essa razão, deve-se facilitar ao portador de tuberculose acesso ao serviço interdisciplinar, passar as informações com muita clareza, segurança, confiança e um atendimento de grande finalidade para esses usuários, em sua maioria, tão vulnerabilizados economicamente.

O objeto do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes, ou seja, o seu processo de saúde e doença, visando produzir progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades, atuando articulada e integralmente nas prevenções.

A tuberculose é um problema de saúde pública com prioridade nacional. O Ministério da Saúde (MS) define essa patologia como prioritária entre as políticas governamentais de saúde.

Segundo Oliveira e Moreira (2002), elevada proporção de tratamentos reiniciados e tratamentos prévios inadequados pode propiciar resistências medicamentosas. Esforços devem ser dirigidos para melhorar a eficiência das unidades de atendimento ao pacientes com tuberculose.

Para Barbosa (2003)

“as condições sócio-econômico-culturais e de moradia são muito precárias. Sendo fundamental entender que esta é uma das doenças que mais claramente coloca em evidência a sua determinação social. Os processos biológicos da saúde são, portanto, parte da vida social da coletividade. Desta forma, a saúde e a doença são tomadas como pólos de um mesmo processo que se constitui como uma parte da totalidade maior que é a vida”.

Ainda segundo o autor, a incidência de tuberculose recalculada é compatível com o perfil socioeconômico e demográfico da região. Um sistema de vigilância com base territorial pode ter sua eficiência otimizada, melhor contribuindo para o controle da enfermidade.

Os fatores socioeconômicos e demográficos estão estreitamente relacionados com a magnitude da incidência de tuberculose. As situações como a renda familiar baixa, desnutrição, habitação inadequada, adensamentos comunitários, migração, dificuldade de acesso a serviços de saúde e fragilidade da assistência social, são indicados com frequência como fatores de risco para o adoecimento por tuberculose, sendo que essas expressões da questão social devem ser atendidas pelo serviço social.

Os desafios da vida contemporânea e a falência dos sistemas e processos atuais de atendimento às necessidades e demandas sociais, exigem renovação e criatividade dos profissionais das diversas áreas. O Serviço Social como uma profissão que tem buscado historicamente acompanhar as mudanças sociais não pode ficar alheio ao panorama que ora se apresenta. (SUZIN E ALMEIDA, 1999, p.71)

Assim, torna-se importante a existência de uma equipe multiprofissional, ressaltando que a inserção do assistente social é indispensável nesse processo, no sentido de viabilizar direitos para que o tratamento seja realmente efetivo, elaborando projetos e exigindo do poder público a execução destes, assegurando a atenção necessária à saúde da população conforme suas atribuições constitucionais e legais.

Importa ressaltar que, a despeito das contradições e das tensões que perpassam a inserção dos assistentes sociais, a emergência de inclusão do assistente social nas equipes de saúde abre a possibilidade pela qual essa profissão possa interferir e redirecionar a sua inserção nos processos de trabalho na saúde elaborando estratégias de atendimento às

necessidades imediatas como as ações voltadas para a construção da democratização do acesso e qualificação da atenção, com vínculo e responsabilização social, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira a partir do fortalecimento das relações com usuários como sujeitos de direitos.

Reforçando essa crítica, a OMS considera que, a responsabilidade principal na garantia das condições necessárias para uma vida saudável se encontra fora do setor saúde. As condições imprescindíveis para um crescimento real e o desenvolvimento social são paz e justiça social, alimentação suficiente e acesso ao abastecimento de água, oportunidades de formação e habitação digna, além da “oportunidade para que cada cidadão assuma uma tarefa significativa na sociedade e disponha de uma renda suficiente”. (WHO, 1985, p. 17 *apud* OKAMURA 2003).

Assim, ressalta-se a importância de uma equipe multiprofissional no programa de tuberculose no sentido de atender o usuário como um todo e não apenas uma determinada situação que o levou a procurar os serviços. A inserção do assistente social é imprescindível nesse processo, estabelecendo redes e viabilizando o acesso a direitos, elaborando projetos e exigindo do poder público a execução destes, mobilizando e instigando a sociedade para lutar por seus direitos assegurados em lei, garantindo-lhes o empoderamento e, dessa forma, o exercício da cidadania.

Segundo Demo (1988) a participação nos processos sócio-políticos pressupõe compromisso, envolvimento, presença. Requer dos indivíduos e grupos capacidade de assumir sua condição de sujeito, onde o Estado seja visto como um instrumento de promoção do desenvolvimento humano e social, e não como condutor e dono do processo.

Para Stark (1996, p. 77 *apud* Kleba 2005), “empoderamento descreve e inicia processos específicos de auto-organização e de mútuo apoio, que reforçam a consciência política através de ações sociais e viabilizam uma participação coletiva nas decisões sociais e políticas”.

O processo de empoderamento refere-se a valores que enfatizam as possibilidades de construção numa comunidade com o aumento dos potenciais dos grupos e indivíduos, bem como os processos de suporte da identidade da comunidade. O componente central desta mudança é a realização e a percepção do exercício de uma influência ativa sobre o meio sócio-ambiental. (KLEBA, 2005, p. 217).

## 4.2 O processo de trabalho do Assistente Social na saúde

O perfil predominante do assistente social historicamente é o de um profissional que implementa políticas sociais, ou, nos termos de Neto (1998), “um executor terminal de políticas públicas sociais, que atua na relação direta com a população usuária”.

Assim cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis de complexibilidade do sistema de saúde apontam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde.

Como afirma Laurell (1989), refletir sobre o processo de trabalho em saúde implica, no mínimo, em apreender as dimensões tecnológicas, organizacionais e políticas daquela prática social. Isto requer pensar a saúde como uma política social pública que se materializa como um serviço cujo conteúdo, finalidade e processos de trabalho, merecem conceituações de natureza teórica e histórica.

Percebe-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Porém, pode-se dizer que o conjunto das mudanças ainda não avançou no sentido de efetivamente superar o modelo médico-hegemônico, uma vez que, para tanto, o sistema de saúde deveria centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação, assistência, previdência, acesso a terra, etc.

Nesse sentido podemos afirmar que a objetivação do trabalho do assistente social é determinada tanto pela concepção de saúde prevalecente no SUS, como pelas condições objetivas da população usuária dos serviços. Portanto, ao longo da história da organização do trabalho coletivo em saúde, vêm se constituindo, cada vez mais, uma das tarefas dos assistentes sociais no interior do processo de trabalho em saúde.

Conforme Yamamoto (1998), o exercício da profissão envolve a ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, de deter o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais e exigir, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar aprender o movimento da realidade para

detectar tendências e possibilidades nelas presentes e possíveis de serem impulsionadas pelo profissional, desenvolvê-las, transformando-as em projetos e frente de trabalho.

A prática do assistente social é um campo político em constante conflito, e sua consolidação como direito social depende, não exclusivamente, mas em larga medida, da ação dos profissionais envolvidos na sua formulação e implementação.

Hoje, exige-se um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado.

Requisita-se um “profissional culto e atento às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo; informado, crítico e propositivo, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais; versado no instrumental técnico-operativo, capaz de realizar as ações profissionais nos diferentes níveis dos serviços sociais prestados aos usuários” (Melo e Almeida *apud* Yamamoto, 1998, p. 126).

Ainda segundo Yamamoto (1998 p. 41):

O momento presente desafia os assistentes sociais a se qualificarem para acompanhar, atualizar e explicar as particularidades da questão social nos níveis nacional, regional e municipal, diante das estratégias de descentralização das políticas públicas. Os assistentes sociais encontram-se em contato direto e cotidiano com as questões de saúde pública (violência, educação, habitação, etc.), acompanhando as diferentes maneiras como essas questões são experimentadas pelo sujeito.

Neste sentido as políticas sociais públicas são uma das respostas privilegiadas da questão social, ao lado de outras formas acionadas para seu enfrentamento por distintos segmentos da sociedade civil, que tem programas de atenção à pobreza, como as corporações empresariais, organizações não governamentais, além de outras formas de organização das próprias classes subalternas para fazer frente aos níveis crescentes de exclusão social as quais se encontram submetidas.

Nesse processo, o assistente social tem sido requisitado para coordenar a elaboração, revisão e aplicação de instrumentos de coleta de dados bem como para participar da análise e interpretação de tais dados.

Desta forma, compreendemos a instrumentalidade como um conjunto de condições que o profissional cria e recria, e que se diversifica em função de um conjunto de variáveis que envolvem o contexto organizacional e sócio-econômico, político e cultural.

Nessa perspectiva, alguns instrumentos se fazem necessários para a intervenção profissional como: entrevista, visita domiciliar e observação.

A entrevista é o momento do acolhimento, em que o assistente social se efetiva junto ao indivíduo. Ela se constitui em um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Além da coleta de informação, é também um momento de dinamização do diálogo entre dois sujeitos.

Todo profissional comprometido com a entrevista de ajuda tem para si uma filosofia que orienta suas ações [...]. Em termos de sua filosofia ele determina seu próprio papel na entrevista e, dessa maneira, em grande parte a do entrevistado. (BENJAMIN, 2008, p. 59).

É importante que o Assistente Social se organize para realizar a entrevista, considerando que sua ação esteja sustentada pelos eixos teórico, técnico e ético-político. A forma de registrar as informações coletadas é particular de cada entrevistador, onde o profissional deverá escolher o método o qual se sente mais à vontade para fazê-lo, sendo que o respeito é uma questão preponderante no momento da entrevista.

Nesse sentido, “a anotação é parte integrante do processo de entrevista [...]. A razão mais importante para se manter registros talvez seja a possibilidade de acompanhar nossa própria evolução e desenvolvimento, [...]. O registro pode ser uma ponte entre o passado e o presente para nossas futuras atuações, à medida que adquirimos experiência em entrevista”. (BENJAMIN, 2008, p. 83).

Portanto, durante a entrevista, o Assistente Social tem de assegurar a apreensão do conteúdo comunicado, tanto pela linguagem verbal como pela não-verbal, e assim compreender a realidade que se apresenta através dos sentimentos, dos desejos e das necessidades sociais.

Magalhães (2003) elucida que um bom entrevistador ouve muito e fala pouco. Isso diz respeito à habilidade de escuta, questionamento e observação do que não é dito, mas que se configura no sujeito para quem se dirige o trabalho do assistente social.

Quanto à visita domiciliar, essa é a realização da entrevista no domicílio do usuário. Possibilita maior espontaneidade do usuário, deixando-o mais à vontade para expressar sentimentos, interesses e necessidades. A visita domiciliar permite a coleta de dados e a observação do local e das condições de (sobre) vida do usuário e do grupo familiar. O contato com vizinhos, identificando a dinâmica relacional, os padrões culturais e o acesso aos equipamentos sociais e políticas sociais. Durante a visita domiciliar o assistente social deve buscar a aproximação com o usuário e o contexto familiar. A postura profissional diante do usuário e da família define os rumos da atuação profissional, de orientação e acesso aos direitos ou de controle e sujeição.

A visita domiciliar, também chamada de “VD”, é o instrumento de realização da assistência domiciliar. Sendo constituído pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de



saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE 2003)

Já a observação é o contato direto entre o assistente social, o usuário e o contexto que o envolve e com as diferentes manifestações das expressões sociais. Tem o objetivo de obter informações sobre a realidade social. A importância dessa técnica reside no fato de viabilizar a captação de uma variedade de situações/expressões que não são obtidas mediante a entrevista, sendo que possui uma variedade, tais como:

**Observação simples:** entende-se aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem. Neste procedimento, o pesquisador é muito mais um espectador que um ator. Daí porque pode ser chamado de observador-repórter, já que apresenta certa similaridade com as técnicas empregadas pelos jornalistas.

**Observação participante ou ativa:** Consiste na participação real do observador na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste caso, o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Daí porque se pode definir observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo, a partir do interior desse mesmo.

**Observação sistemática:** é freqüentemente utilizada em pesquisas que têm como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou o teste de hipóteses. Nas pesquisas desse tipo, o pesquisador sabe quais os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos. Por essa razão, elabora um plano previamente de observação. (GIL, 1991, p. 107)

Assim, a observação permitirá muitas vezes a decodificação de uma mensagem, de um gesto, do silêncio, da pausa.

Contudo, saber utilizar os recursos em função dos interesses à população vem se tornando um desafio cada vez maior da atuação profissional.

A partir de um estudo sobre a realidade do Serviço Social no cotidiano dos serviços de saúde na área municipal, destacamos a necessidade de qualificar ações que mobilizem e impulsionem novas maneiras de realizar a prática, em especial, o Serviço Social na área da saúde, tendo como referência a saúde como direito universal e com controle social e o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro. (VASCONCELOS, 2007, p. 242)

Todavia, exige-se hoje do profissional não mais uma competência individual, que o marcou outrora como o bom profissional, mas uma reflexão coletiva para saber o momento oportuno de avançar e de recuar na sua estratégia institucional e em relação aos grupos populares.

Assim, cabe aos assistentes sociais, a partir dos princípios e do objeto da ação profissional – a questão social – planejar e realizar ações assistenciais, que contribuem para promoção da saúde, a prevenção de doenças, danos, agravos e riscos e o tratamento, priorizando o sofrimento social, para o fortalecimento da consciência sanitária e de controle social. (VASCONCELOS, 2007, p. 259)

Nesse processo os assistentes sociais são historicamente identificados como um dos profissionais de saúde que mais se dedica às questões relativas à humanização do atendimento, passa a ser inicialmente convocado a propor estratégias e articular iniciativas para desencadear atividades voltadas para o trabalho interdisciplinar.

Assim, a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde.

Não há dúvidas quanto à relevância e importância do trabalho realizado pelo assistente social para a consolidação do SUS, e que para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer a atividade e os meios utilizados, o assistente social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde.

Desse modo, pode-se concluir que a objetividade do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre o papel de buscar estabelecer redes tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e / ou setoriais.

Considerando a conjuntura da crise vivenciada no país e, ao mesmo tempo, as representações forjadas pela Constituição de 1988, as quais deram visibilidade à saúde como direito do cidadão, não obstante, as precárias condições de atendimento — em geral mobilizadoras da ação do Serviço Social — terminam imputando aos assistentes sociais "a função, quase sempre silenciosa, de administrar o que é impossível de ser administrado" (ABESS, 1996, p.34).

Sendo assim, as políticas sociais públicas são uma das respostas privilegiadas à questão social, para seu enfrentamento por distintos segmentos da sociedade civil que tem programas de atenção à pobreza como as corporações empresariais, organizações não governamentais, além de outras formas de organização das próprias classes subalternas para fazer frente aos níveis crescentes de exclusão social que se encontram submetidas.

De outra forma, também é necessário reconhecer as novas exigências e mudanças significativas no trabalho dos assistentes sociais. Esse "novo" trabalho consiste em colaborar

na construção de estratégias de efetivação dos direitos da cidadania, sobretudo no que se refere aos mecanismos de mobilização da comunidade para atrair lideranças e/ou representantes desta para participar do processo de criação, instalação e funcionamento de canais ou instâncias de interlocução entre população e instituição, mais especificamente os conselhos e conferências conforme determina a Lei 8080/90 e Lei Complementar 8142/90.

Portanto, significa que para a administração pública existem responsabilidades de elaborar programas operacionais que garantam que a saúde de toda a população habitante na área de abrangência de tal competência seja assegurada, conforme suas atribuições constitucionais e legais.

## **5. SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO**

Neste capítulo será abordado o campo de estágio, a prática vivenciada no setor de plantão social, bem como a pesquisa realizada junto aos usuários do PCT

### **5.1 APRESENTAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO**

O Município de Palhoça, no Estado de Santa Catarina, possui uma área de 362 km<sup>2</sup> e está situado na zona fisiográfica de Florianópolis. Limita-se ao norte com São José, ao sul com Paulo Lopes, ao Oeste com Santo Amaro da Imperatriz e ao Leste com oceano Atlântico.

Em 1771, portugueses vindo de São Vicente (São Paulo) fundaram Lages. Houve então a necessidade de ligação entre Lages e Desterro (hoje Florianópolis). Nesse caminho foram surgindo os povoados, Palhoça é um deles.

A necessidade de estabelecer-se um refúgio com o continente, fez com que em 31 de julho 1793, o coronel João Alberto de Miranda, então governador do estado de Santa Catarina, enviasse o ofício No. 07 ao coronel Rezende, vice Rei do Brasil, criando o povoado que deu origem ao município de Palhoça.

O nome do município originou-se das casas construídas de pau-a-pique com cobertura de palha, região sul da atual bairro Ponte de Imaruim.

Em 1868, construiu-se a Capela atual Matriz do Senhor Bom Jesus dos Passos.

Em 24 de abril de 1894, aconteceu a emancipação de Palhoça com dois artigos assinados pelo Coronel Antônio Moreira Gaspar.

A região é habitada praticamente por Portugueses, Açorianos, Alemães, Italianos e Africanos.

Atualmente Palhoça é um município turístico com opções de lazer com praias, parques ecológicos, pousadas, cachoeiras, morros e bons restaurantes.

Palhoça possui um dos maiores mangues de toda a América do Sul e quase 70% de sua área é composta pela Mata Atlântica, sendo esta pertencente ao parque Estadual da Serra do Tabuleiro, guarda ainda muita das tradições, costumes e arquiteturas deixadas por seus colonizadores. Outro aspecto marcante é o seu artesanato, destacando entre eles o artesanato indígena. No município, ainda existem engenhos e alambiques que produzem artesanalmente a farinha e a cachaça. Indústria noveleira, mão-de-obra em geral, prestação de serviço e produção agrícola no qual se destaca a plantação de tomate, além do turismo são as principais atividades produtivas do município. Sendo o comércio, o turismo e a indústria a maior arrecadação municipal. Outra atividade que se destaca é o cultivo de mexilhões, ostras e algas, onde a maricultura tem apresentado significativo desenvolvimento graças às favoráveis condições ambientais das baías e enseadas existentes entre os municípios de Palhoça e Governador Celso Ramos. Cultivado desde 1989, em Palhoça o mexilhão possui rendimento médio de 1.800,00 toneladas, tornando-se o mais expressivo do Estado de Santa Catarina, quando este possui o rendimento médio de 5.000 toneladas. A ostra cultivada é do tipo japonesa e está em pesquisa laboratorial a do tipo nativo.

O índice de desenvolvimento humano (IDH) do município de Palhoça em 2002 foi de 0,816, segundo informações da prefeitura do município de Palhoça.

A secretaria municipal de saúde foi criada em 1988, (Lei nº 877/88) pelo prefeito Neri Brasiliano Martins, com o objetivo de desenvolver e coordenar as atividades na área de saúde do município.

Em 2001, com a Lei nº 1.137/01 a Secretaria de Saúde passou por uma reestruturação administrativa e é vinculada, então, à Secretaria do Desenvolvimento Social. A ela compete planejar, organizar, coordenar e controlar as ações de promoção da saúde. Neste período coloca-se em prática na Secretaria de Saúde e desenvolvimento Social, novos conceitos e paradigmas de participação comunitária para garantia da universalização dos direitos sociais.

A partir daí, executam-se ações e programas para a garantia das necessidades básicas da população com primazia ao desenvolvimento de outras funções distintas e complementares da Assistência Social, sendo elas: inserção, prevenção, promoção e proteção.

A inserção é entendida como a forma de inclusão dos destinatários da assistência social nas políticas sociais básicas que proporcionam o acesso a bens, serviços e direitos usufruídos pelos demais segmentos da população.

Já a prevenção existe no sentido de criar apoio nas situações circunstanciais de vulnerabilidade, evitando que o cidadão resvale do patrimônio de renda alcançado ou perca o acesso que já possui aos bens e serviços, mantendo-o incluído no sistema social a despeito de estar acima de uma linha da pobreza e ou atendido pelas políticas sócio-econômicas setoriais.

Enquanto que a promoção é vista como a função de promover a cidadania, eliminando relações “clientelistas” que não se pautam por direitos e que submete, fragmenta e desorganiza os destinatários da assistência social.

Sendo que a proteção compreende como a atenção dispensada às populações excluídas e vulnerabilizadas socialmente, operacionalizada por meios de ações de redistribuições de rendas direta e indiretamente.

Em 2005 aconteceu uma nova reestruturação administrativa, no qual a Secretaria de Desenvolvimento Social passa a denominar-se Secretaria da Saúde e Medicina Preventiva, sendo de sua competência desenvolver atividades relacionadas com o SUS como: Saúde Pública (Medicina Preventiva, Atividades Médicas, Páramédicas, Odontológicas, Sanitárias e Educação e Saúde), Administrativo, Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Alimentar. Combater a zoonose, saneamento básico (com atividades relacionadas ao meio ambiente vinculadas com ações de saúde), pesquisa, controle e distribuições de medicamentos, exames clínicos e laboratoriais, formulação de políticas de saúde.

Além disso, compete à Secretaria consultar o conselho municipal de saúde e saneamento ambiental e controlar os projetos e as prestações destinadas à saúde.

São programas existentes: Programa de Saúde da Família; Programa de Atenção Básica; Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Diabéticos e Hipertensos – Hiperdia; DST/AIDS; Vigilância Epidemiológica<sup>1</sup>; e Plantão Social.

Com relações aos recursos humanos a Secretaria Municipal de saúde dispõe de: 26 funcionários estaduais; dois federais; três da FUNASA; e 222 funcionários municipais, sendo 218 efetivos e quatro contratados.

---

<sup>1</sup> Dentro da vigilância epidemiológica entra os programas da tuberculose, hanseníase, dengue e imunização.

Quanto aos funcionários contratados os dados não correspondem à realidade existente, pois se observa que, mesmo lotado na Secretaria de Saúde não impede o desvio para outras secretarias e vice e versa.

O Serviço Social fazia parte da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social. Os Assistentes Sociais davam suporte à Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social em suas ações, na garantia dos direitos do cidadão junto às mais variadas expressões da questão social. Em 2005 com a desvinculação, a Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva passou a ter mais autonomia e deu vida à população Palhocense.

O Plantão Social se faz necessário para redimensionar as ações em saúde do município, definindo-a como um conjunto de iniciativa pública, com a parceria da sociedade, executando-as através de serviços e ações, com prazos, critérios de elegibilidade, custo e especificidades pré-definidos.

Torna-se também o setor de divulgação de ações intersetoriais das políticas públicas municipais existentes (com saúde, educação, assistência, habitação, dentre outras) para a garantia do acesso pleno do usuário aos seus direitos já estabelecidos em lei, definido em três eixos na Secretaria de Saúde em Palhoça: ações, critérios de acesso e articulação com as políticas sociais.

As ações são as delimitações do que realmente compete para o atendimento emergencial na área social, visando à garantia dos direitos sociais.

Já os critérios de acesso são a definição de parâmetros/elegibilidade para atender os usuários, promovendo a cidadania e acabando com a prática de clientelismo.

Enquanto que a articulação com as políticas sociais é a apresentação do plantão como um foco de atuação articulado com as políticas setoriais existentes, encaminhando o usuário para os diversos serviços/programas existentes no município.

No Programa Plantão Social trabalham duas assistentes sociais que atuam diariamente dando suporte as várias ações de saúde para a construção de uma melhor qualidade de vida à população Palhocense.

Sendo assim, visa uma política integral e organizada, executando projetos, ações e serviços para a garantia das necessidades básicas da população, redimensionando as políticas sociais do município com divulgação das ações intersetoriais das políticas públicas existentes como a educação, assistência social, saúde, habitação, etc. (Documento do Serviço Social. SMS do município de Palhoça).

São ações do Serviço Social no Plantão Social: atendimento, orientação e encaminhamento do usuário às políticas públicas setoriais e programas sociais existentes,

respeitando-se prerrogativas de cada ação; orientação e encaminhamento para cadastramento do usuário para recebimento de material de curativo e fraldas; e acesso às ações e serviços após a chegada no serviço social e aos benefícios de urgência após análise da documentação pré-definida pelo serviço social e efetivação do relatório sócio-econômico realizado pelo setor.

Existe também a realização de visitas domiciliares, estipuladas pela demanda acolhida no serviço social, por solicitação da família ou programas existentes na saúde, onde pretende-se criar uma ponte com a Estratégia de Saúde da Família no acompanhamento de visitas domiciliares realizadas pelas equipes, mostrando a necessidade da inserção do profissional assistente social no programa, acompanhando os usuários do programa do plantão social que fazem uso dos materiais de curativos/fraldas e medicamentos por ação judicial; articulação e promoção de atendimento aos usuários que chegam ao programa do plantão social; levantamento de dados qualitativos e quantitativos, visando levantar indicadores para a avaliação e reorientação do serviço social da saúde no Município de Palhoça; e avaliação da importância do serviço social no contexto da saúde da família.

O atendimento social à população do Município de Palhoça, atua na prevenção e proteção à saúde dos usuários do programa Plantão Social, através de ações e projetos da Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva.

Assim, a existência do PCT no município com a inserção do assistente social, é de extrema importância no sentido de atender às necessidades dos usuários acometidos por essa patologia, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde, procurando amenizar as causas sociais que afetam a continuidade do tratamento.

## **5.2 O Programa de Tuberculose no Município de Palhoça**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou reais avanços em relação ao acesso à saúde pública no país, atribuindo as Ações de Atenção Básica dos municípios através da descentralização. Nessa linha foram implantados os Programas de Controle da Tuberculose (PCT), nos municípios tornando-os responsáveis pelo tratamento ambulatorial, porém, sem ter gerenciamento sobre as ações de controle da doença em hospitais, sendo que essa ausência de ações articuladas é um fato que acarreta abandono do tratamento pelo usuário.

Há várias disposições legais que viabilizam a estratégia de estender o Plano Emergencial de Controle da Tuberculose concebido para o triênio 1996/1998, a todos os municípios brasileiros, conforme proposto no atual Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Atualmente o município apresenta um programa centralizado em uma unidade única, porém implantou nas UBS o livro do sistema respiratório sob a responsabilidade das equipes de ESF, sendo importante reforçar o compromisso dessas equipes como instrumento para potencializar a adesão terapêutica dos doentes de Tuberculose, principalmente ao tratamento diretamente supervisionado (DOTS) porém, mesmo assim ocorrem os abandonos ao tratamento.

O programa está subordinado a uma política de programação das ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos. Entre essas ações, estão a alimentação e análise das bases de dados que representam ferramentas indispensáveis à vigilância epidemiológica para o processo de informação. A ficha de notificação / investigação e boletim de acompanhamento SINAN – TB.

Para atender ao contexto institucional, foram concebidas normas de instituições por complexidade crescente das ações contra a tuberculose a serem realizadas pelos serviços de saúde dos municípios.

Acrescenta-se ainda que, objetivando dar cumprimento ao que dispõe a portaria sobre doenças de notificação compulsória, as prefeituras municipais terão que designar um ou mais funcionários para notificar os casos confirmados de tuberculose.

Diante disso, em 1996 o município de Palhoça criou o programa controle de Tuberculose. Nele são realizadas as ações para a descoberta dos casos infectantes da tuberculose, pela baciloscopia direta de escarro, a anulação dessas fontes de infecção mediante tratamento padronizado, a vigilância epidemiológica dos focos na comunidade e a vacinação com a BCG, encaminhamento de cultura do bacilo de Koch.

Também é realizado no programa do município, a prova tuberculina, indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose, a prova tuberculina positiva, isoladamente indica apenas infecção e não é suficiente para o diagnóstico da tuberculose. Esta prova é realizada também, em todos os pacientes com HIV, a associação entre tuberculose e AIDS é extremamente freqüente, a elevação das taxas de co-infecção pelo vírus (HIV) é bacilo da tuberculose tem sérias implicações para o programa de tuberculose.

O HIV não só tem contribuído para um crescente número de casos como também, tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os pacientes co-infectados.



É disponibilizado para o programa de controle da Tuberculose cotas para a realização de exames radiológicos aos portadores de doenças e os seus comunicantes.

O programa conta com a disponibilidade de uma médica pneumologista duas vezes por semana para atender as necessidades dos doentes, de uma técnica de enfermagem, uma estagiária e um motorista.

## 6 METODOLOGIA

Segundo Minayo (1993), entendemos por pesquisa a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

A pesquisa é a investigação problemática que usa métodos para responder questões ou resolver problemas, tendo como meta final desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos sobre os temas de importância para o Serviço Social.

Na concepção de Haguette (1990 apud Nascimento 2003) os melhores métodos são aqueles que mais ajudam o pesquisador na compreensão do fenômeno a ser estudado.

Nesta perspectiva, espera-se que cada vez mais profissionais adotem a prática baseada em pesquisa (ou baseada em evidências), visando resultados de pesquisa para fundamentar suas decisões, ações e interações com os usuários.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A referida pesquisa caracteriza-se como quanti-qualitativa com, o estudo, trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, que no entender de Polit-O'Hara, Hungler e Beck (2004) investiga a natureza complexa do fenômeno, conceitos e fatores a ele relacionados.

Há que se acrescentar que, em relação ao estudo descritivo, os autores acima citados ressaltam que a descrição permite observar, descrever e classificar o fenômeno de interesse.

Foi nesse sentido que se optou por esse método, para se obter a compreensão referente ao abandono dos usuários ao tratamento de tuberculose, sendo mais adequado devido à possibilidade de aprofundamento na descrição das dimensões, da importância e do significado dos fenômenos.

## 6.2 Participantes da Pesquisa

O estudo teve como público-alvo usuários do programa de tratamento de tuberculose que abandonaram o tratamento no ano de 2006 no município de Palhoça.

Trata-se de um estudo envolvendo 16 casos de abandono ao tratamento de tuberculose no ano de 2006, onde procurou-se avaliar 50% dos casos. Desses selecionados foram entrevistados 4 (quatro).

Em decorrência de vários abandonos serem registrados na Colônia Penal Agrícola do município de Palhoça, optou-se por incluí-los na seleção, sendo que esses usuários vêm encaminhados de outros municípios em regime semi-aberto e em tratamento de tuberculose, cumprem a pena até o juiz dar o alvará de soltura, onde grande parte dos casos o tratamento não é concluído, indo embora sem levar a transferência do tratamento para o município de origem.

## 6.3 Procedimento de coleta de dados

Foi realizada, inicialmente, uma seleção de prontuários de usuários que abandonaram o tratamento de tuberculose em 2006, com o objetivo de selecionar 50% dos casos para realização da pesquisa. Em seguida, através de prévio contato telefônico, foram localizados 06 (seis) usuários que permaneciam no mesmo endereço de quando faziam o tratamento, sendo agendadas as visitas domiciliares de acordo com a disponibilidade do motorista do programa.

A escolha surgiu diante do detalhamento do endereço dos usuários obtido em seus prontuários, considerando-se a maior probabilidade de localização dos mesmos.

Na maioria dos casos a coleta de dados foi realizada na residência do usuário, em uma única visita, garantindo sua privacidade, sendo que um deles compareceu ao programa de tuberculose para ser entrevistado, pois o horário da suposta entrevista não era compatível com o horário de seu trabalho. A duração das entrevistas foi em torno de uma hora para cada usuário.

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada a partir de um roteiro pré-elaborado com questões pertinentes aos objetivos propostos. Como instrumento de coleta de dados criou-se um formulário contendo 13 questões fechadas (apêndice A) e um roteiro de entrevista com 5

(Cinco) questões (Apêndice B) com o objetivo de caracterizar o perfil sócio-econômico e ambiental dos entrevistados, bem como os motivos que os levaram a abandonar o tratamento de tuberculose.

É importante salientar que apenas quatro dos seis usuários a serem entrevistados foram encontrados, pois um deles foi a óbito e o outro foi transferido já que era detento da colônia penal.

A entrevista semi-estruturada, segundo Triviños (1987) tem o privilégio na pesquisa qualitativa, pois valoriza a presença do pesquisador, oferece liberdade a quem está sendo entrevistado. Não existe uma distinção necessária entre as técnicas de coleta de dados qualitativa e quantitativa, assim o questionário estruturado pode ser usado em ambas, o que importa é como esses dados serão tratados. Houve a atenção para que a estrutura de poder formal entre o entrevistador e o usuário fosse diminuída na utilização de uma linguagem informal e pela não obrigatoriedade de resposta.

#### **6.4 Procedimentos de análise de dados**

Nesta etapa, foi estabelecida a relação teórico-prática entre os estudos realizados. Para tanto, utilizou-se da análise estatística no que se refere aos dados quantitativos. Quanto aos dados qualitativos utilizou-se de análise de conteúdo como recurso metodológico na análise dos dados coletados junto aos usuários que abandonaram o tratamento de tuberculose em 2006.

Ressalta-se que a referida escolha deve-se ao fato de que na pesquisa qualitativa, a quantidade gerada de informações provenientes do conteúdo originado da fala dos sujeitos é relativamente grande exigindo por parte do pesquisador, apreender de forma mais fidedigna possível, o significado das palavras expressas pelos sujeitos da pesquisa. Dessa forma, de acordo com Bardin (1977, p. 160 *apud* Basto 2008), a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análises das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inseridas nas mensagens).

Como técnica de análise de conteúdo optou-se pela análise temática, que envolve uma teia de relações e que pode ser representada por palavras, frases ou resumo. Nesse sentido está voltada a localizar os núcleos de sentido inseridos numa comunicação entre

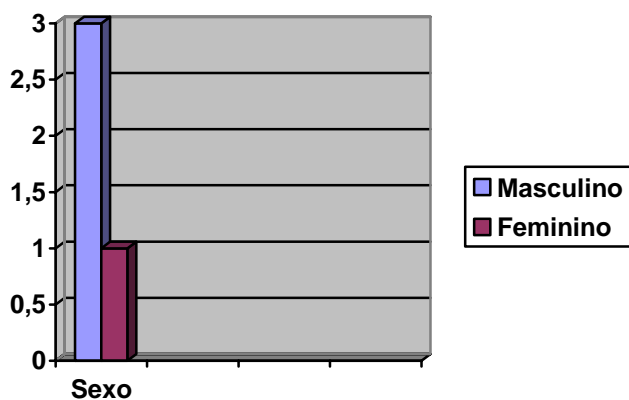
pesquisador e informante. Para tanto, o pesquisador precisa identificar a frequência com que aparecem as falas dos sujeitos que estabeleçam uma relação direta com os objetivos propostos. (MINAYO; DESLANDES, 1999 *apud* Basto 2008).

De acordo com Bardin (2000) e, Minayo e Deslandes (1999), a análise de conteúdo está dividida em três fases distintas: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação dos dados. Santos (2008) corrobora que a fase de pré-análise consiste na organização e representação dos dados coletados a fim de proceder à escolha das unidades de registros, das unidades de contexto, permitindo a codificação dos dados coletados.

Na fase de exploração do material, os dados são devidamente codificados, ou seja, é a fase de transformação dos dados brutos tornando-os compreensíveis. Na última fase os dados codificados anteriormente, são agrupados em categorias centrais e as subcategorias de análise, sendo as mesmas agrupadas pela semelhança das respostas analisadas à luz do referencial teórico.

## 7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS

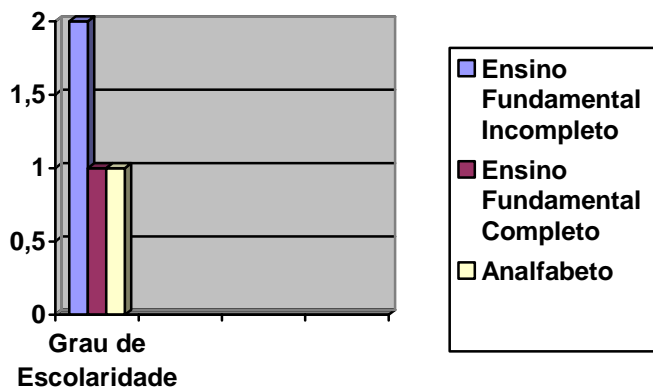
### 7.1 Sexo



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Como se observa no gráfico acima, 3 dos entrevistados é do sexo masculino, enquanto um do sexo feminino.

### 7.2 Grau de escolaridade

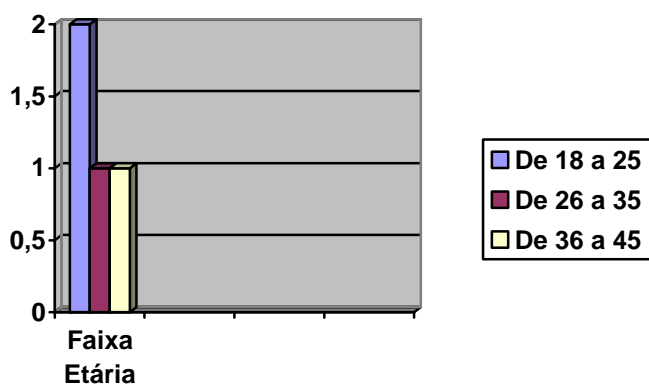


Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, o gráfico nos mostra que 2 dos entrevistados possui ensino fundamental incompleto, sendo que outros um completou o ensino fundamental. Ainda percebe-se que um deles é analfabeto.

Sendo assim, percebe-se que a maioria dos entrevistados apresenta um baixo nível de escolaridade, apesar do programa também contar com usuários que possuem nível superior, mesmo que em percentual baixo, evidenciando-se que a tuberculose atinge todas as classes sociais.

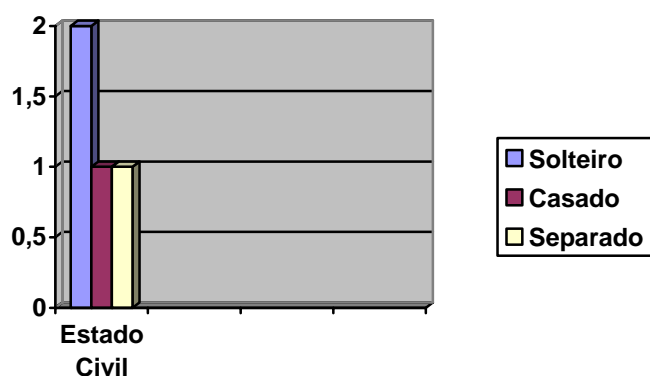
### 7.3 Faixa etária



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

De acordo com o gráfico acima, evidencia-se que 2 dos entrevistados faz parte da faixa etária entre 36 e 45 anos, enquanto um têm entre 18 e 25 anos, e o outro tem entre 26 e 35 anos.

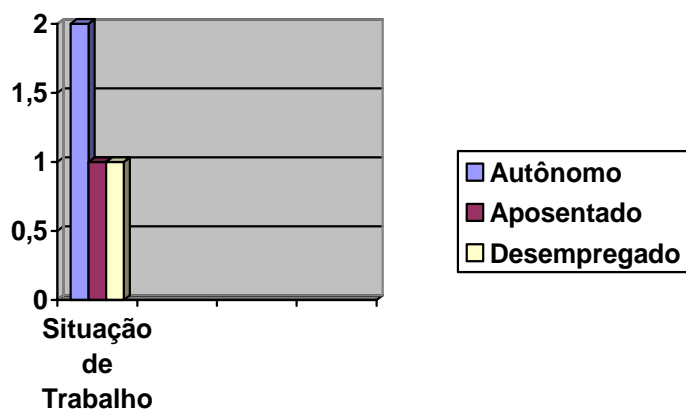
### 7.4 Estado civil



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Com relação ao estado civil, 2 dos entrevistados são solteiros, um é casado e um separado.

### 7.5 Situação de trabalho



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

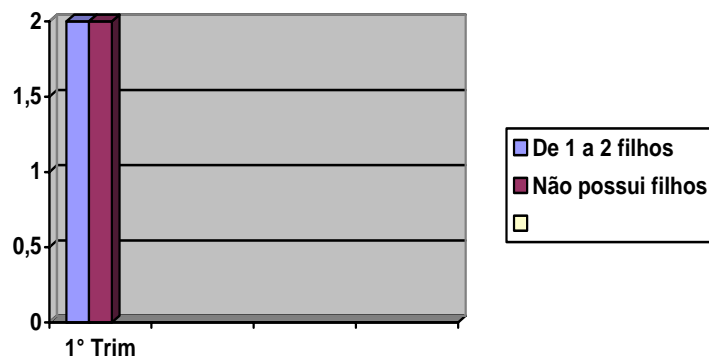
Outro aspecto importante que deve ser considerado é a situação de trabalho. No gráfico, percebe-se que 2 dos entrevistados são autônomos, enquanto que 25% são aposentados e 25% estão desempregados.

Provavelmente a situação de trabalho evidenciada encontra-se relacionada, ao baixo nível de escolaridade, que limita a inserção no mercado de trabalho formal.



## 7.6 Contexto Familiar

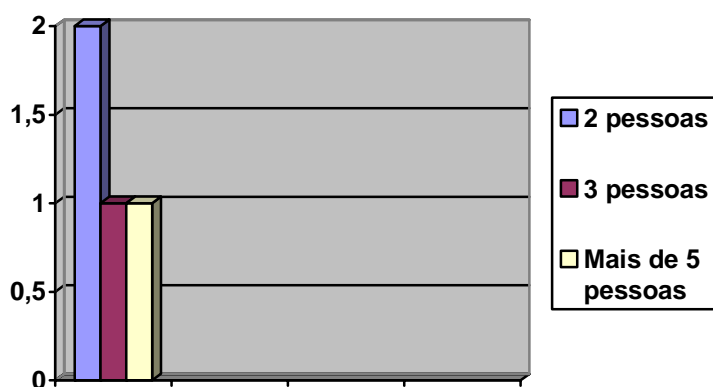
### 7.2.1 Número de filhos



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Em relação ao contexto familiar, podemos observar que há um equilíbrio no quadro acima exposto. Nota-se que 2 dos entrevistados não possuem filhos e os outros 2 possuem de um a dois filhos.

### 7.2.1 Número de pessoas que residem na casa

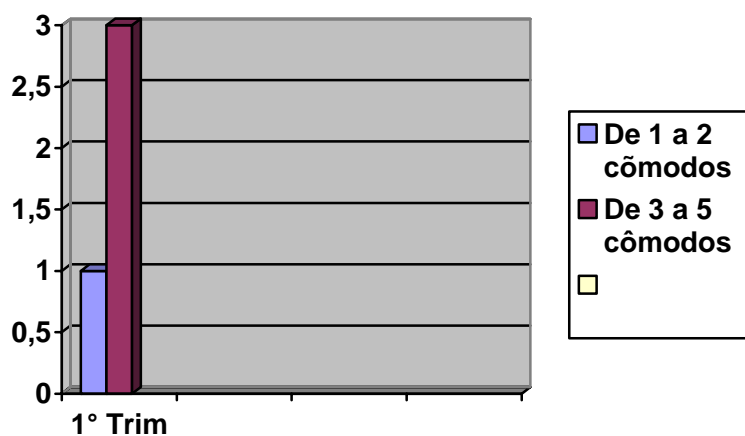


Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Pode-se observar no gráfico acima que 2 dos entrevistados relatam que residem em duas pessoas no domicílio, já um reside em três pessoas e o outro reside em mais de cinco pessoas. Importante enfatizar que durante as entrevistas foi possível observar que as condições de moradia são, em sua maioria, bastante precárias, sem as mínimas condições de

higiene e o espaço físico bem reduzido considerando o número de pessoas que residem na casa.

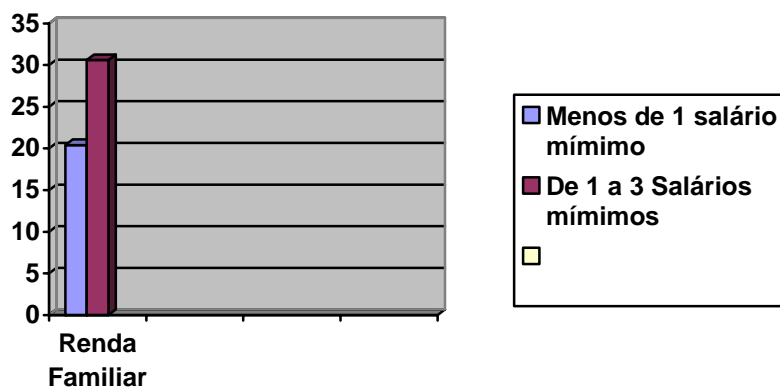
### 7.2.3 Número de cômodos



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Percebe-se que no gráfico acima que um dos entrevistados residem em um local com um ou dois cômodos, enquanto que os outros 3 possuem uma residência com três a cinco cômodos.

### 7.2.4 Renda familiar

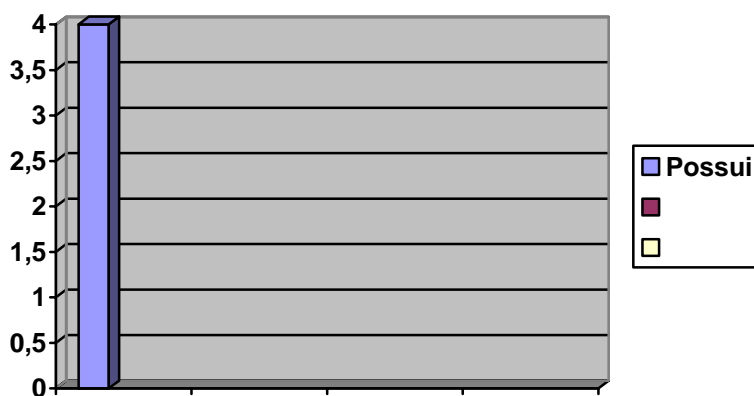


Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Observa-se que a partir dos dados acima apontados, a renda familiar de 2 dos entrevistados é menor de um salário mínimo, enquanto que os outros 2 tem como renda familiar de um a três salários mínimos.

#### **7.1.6.5 SAÚDE AMBIENTAL**

##### **7.1.6.5.1 COLETA DE LIXO**

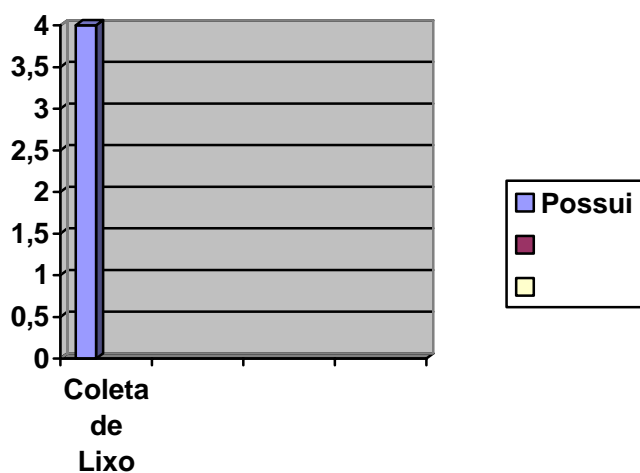


Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Das considerações apresentadas acima, surgem perspectivas otimistas quanto à saúde ambiental, pois conforme informações acima descritas, as residências de todos os entrevistados possuem o serviço de coleta de lixo, colaborando para a manutenção da saúde.

Porém evidencia-se acúmulo de lixo no entorno das residências, percebendo-se a falta de conscientização dos usuários para com o meio em que vivem.

##### **7.1.6.5.2 Destino do lixo**



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Ainda sobre a questão da saúde ambiental, todos os entrevistados têm como destino do lixo produzido a coleta, conforme gráfico acima exposto.

No entanto, seria relevante um projeto de reciclagem de lixo, visando beneficiar não só o meio ambiente, mas também os habitantes através dos recursos que seriam arrecadados.

#### 7.1.6..5 3 Existência de animais vetores



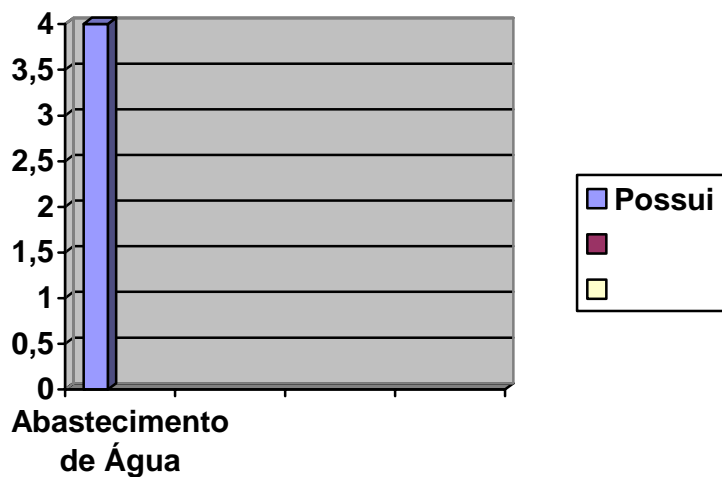
Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Pode-se observar no gráfico acima que em 3 dos domicílios existe a presença de animais vetores, sendo que um dos entrevistados não relataram a existência desses animais.

Ressalta-se que este é um problema de saúde pública considerando-se que a presença desses animais nos domicílios se dá devido à precariedade das residências, ausência da rede

de esgoto em alguns casos, além das péssimas condições de higiene, o que levam a transmissão de várias doenças.

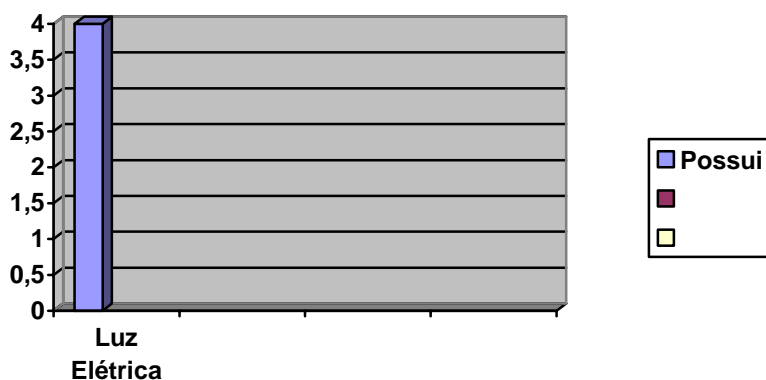
#### 7.1.6.5.4 Abastecimento de água



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

No que diz respeito ao abastecimento de água, todos os entrevistados possuem sistema, de abastecimento de água como evidencia o gráfico acima.

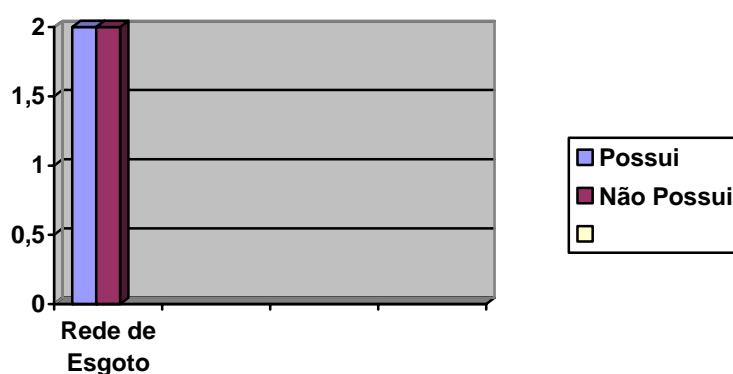
#### 7.1.6.5.5 Luz elétrica



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

Igual procedimento está ocorrendo nas residências quanto ao fornecimento de energia elétrica, todos possuem o serviço.

#### 7.1.6.5.6 Rede de esgoto



Fonte: Pesquisa realizada em 2008.

De acordo com o gráfico acima, 2 dos entrevistados possuem rede de esgoto, sendo que os outros 2 não possuem. Com esse dados pode-se propor intervenções mais adequadas objetivando que todas as residências venham a ter tratamento de esgoto, colaborando, assim, para a manutenção da saúde dos seres humanos e para a preservação do meio ambiente.

### 7.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS QUALITATIVOS

Categories	Sub-categories	S-1	S-2	S-3	S-4	Frequências
1 – Atendimento no programa	a) Falta de compromisso do médico com o paciente.	"... mais é uma pena os médicos não terem compromisso com o paciente..."				1
	b) Erro médico				Tirando o erro e a teimosia da médica, foi tudo bem..."	1
	c) Bom atendimento no programa			"...eu sempre fui bem atendida no programa de tuberculose, não tenho do que reclamar..."	"... Nossa, muito bem..."	2
	d) Orientação adequada		"...sempre as moças lá me falavam tudo direitinho, me explicavam sobre os remédios e como tomar..."			1
2 - Dificuldades durante o tratamento	a) Efeitos colaterais		"...Não conseguia engolir, vomitava tudo de volta. Quando conseguia engolir, eu ficava enjoado, zozzo, ficava mal, com dor de cabeça..."	"...era muito ruim, ter que tomar 16 comprimidos por dia... Imagina como que ficava meu estômago com tanto remédio. Eu me sentia mal..."		2
	b) Aspectos sociais	"...mais a questão da distância, tinha que pagar motorista, lanches e outras coisas. Até eu descobrir o que tinha foram 13 dias e os gastos foram muitos enquanto isso..."	"...e nem sempre tinha o que comer em casa..."			2
3 - Melhora do quadro clínico após adesão ao tratamento	a) Aumento do bem-estar	Comecei a me sentir melhor, bem melhor, foi só eu tomar os remédios que logo me senti outro."	"...com o passar do tempo os remédios acho que fizeram efeito, comecei a melhorar..."		"Legal, legal mesmo. Assim como eu estava antes de ficar com essa maldita doença."	3
4 - Interferência dos efeitos colaterais dos medicamentos na continuidade do tratamento	a) Quantidade excessiva de medicamento			"...Era muita coisa, muito remédio, eu não aguentava mais tomar tanto..."		1
	b) Mal-estar geral		"...eu ficava mal o dia todo, e quando eu não tomava os remédios eu ficava melhor..."	"...parei com tudo porque eu passava muito mal. Quando eu tinha consulta, eu não conseguia ir nem até o ponto de ônibus..."		2
	c) Aspectos sociais	"...foi por falta de recursos que abandonei. Não tinha dinheiro para o ônibus e nem para a gasolina. Quando eu ia, gastava muito..."		"...ainda se eu tivesse como ir de carro próprio seria mais fácil, mas a gente é pobre e nem de bicicleta dá pra ir..."		2
5 - Principais motivos que levaram a interromper o tratamento	a) Efeitos colaterais		"...Eu ficava mal de estômago vazio e vomitava..."	"...eu tava sempre enjoada, sempre vomitando, eu tomava plasil e não adiantava, sentia amargo na boca. Eu vomitava no ônibus..."		2
	b) Aspectos sociais	"...falta de recursos foi o fator mais agravante para o abandono do tratamento."	"Não tinha comida em casa, e se eu tomasse os remédios eu tinha que comer... Fui pedir cesta básica com aquele papel que a médica deu, mas nunca tinha..."	"...quando a consulta era na metade do mês eu não tinha dinheiro e nem passe para ir. Às vezes minha irmã me dava, mas nem sempre ela tinha..."		3
	c) Falta de motivação para da continuidade ao tratamento			"...então achei melhor parar com tudo, a vida não tem graça mesmo, não tomo mais nada..."		2
	d) Confiança no médico				"...a gente tem que conhecer bem o médico que a gente vai se tratar, e agora eu conheço. Só a doutora Tatiana é que sabe."	1

Neste ítem serão apresentadas as categorias centrais e subcategorias de análise referente aos fatores sociais que contribuem para o abandono dos usuários cadastrados no PCT no município de Palhoça

## 2.1 CATEGORIA 1-ATENDIMENTO NO PROGRAMA

Em relação à categoria atendimento no programa, evidencia-se a presença de quatro subcategorias, a saber: falta de compromisso do médico com o paciente; erro médico; bom atendimento no programa e orientação adequada. No que diz respeito à subcategoria falta de compromisso do médico com o paciente pode-se perceber a partir da fala de S1 que a ausência do profissional por qualquer motivo é tida como não compromisso em relação ao paciente.

*[...] mais é uma pena os médicos não terem compromisso com o paciente [...] (S1).*

Pela narrativa acima podemos observar que um dos sujeitos teve dificuldade de deslocamento com a médica responsável pelo tratamento.

Já na subcategoria erro médico, percebe-se que possíveis efeitos colaterais do tratamento são tidos como erro, onde há a necessidade de ser relacionada com alguém, e nesse caso com a médica do programa, o que fica evidenciada na fala de S4.

*Tirando o erro e a teimosia da médica, foi tudo bem [...] (S4)*

Neste sentido, as políticas de humanização no atendimento aos usuários do SUS têm como principal objetivo, promover atendimento de qualidade aos usuários, favorecendo dessa forma a conclusão do tratamento de tuberculose.

No entanto, a subcategoria que apresentou uma maior frequência foi a categoria bom atendimento no programa, o que é evidenciado através das falas de S3 e S4:

*[...] eu sempre fui bem atendida no programa de tuberculose, não tenho do que reclamar [...] (S3)*

*[...] Nossa, muito bem. [...] (S4)*

*[...] sempre as moças lá me falavam tudo direitinho, me explicavam sobre os remédios e como tomar [...] (S2)*

A adesão está intimamente ligada à organização do serviço no qual o paciente é atendido. Acredita-se que a qualidade do serviço e a relação do paciente com a equipe de saúde sejam os pontos fundamentais para a obtenção de maiores taxas de adesão. Portanto, é necessária uma reavaliação contínua por parte dos serviços quanto à estrutura física, recursos humanos, materiais disponíveis e processo de trabalho, otimizando a utilização dos espaços e o potencial da equipe na tentativa de tomar a unidade mais



adequada às necessidades que surgem no processo de adesão [...] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2005: 32 - 33).

Percebe-se, porém, que o baixo nível de escolaridade dos entrevistados não impede o entendimento das orientações dadas, o que é claramente explicitado na subcategoria orientação adequada através da fala de S2.

### **7,2.2 Categoria 2-Dificuldades durante o tratamento**

No que se refere à categoria dificuldades durante o tratamento, constata-se a existência de duas subcategorias que são: efeitos colaterais e aspectos sociais.

Os efeitos colaterais são constatados através das falas de S2 e S3.

*[...] não conseguia engolir, vomitava tudo de volta. Quando conseguia engolir, eu ficava enjoado, zozzo, ficava mal, com dor de cabeça [...]* (S2)

*[...] era muito ruim, ter que tomar dezesseis comprimidos por dia [...] Imagina como que ficava meu estômago com tanto remédio. Eu me sentia mal [...]* (S3)

Para que se concretize o tratamento, é necessário que o usuário tome a medicação conforme a orientação dada pela equipe de saúde, percebe-se, porém, que o medicamento possui dois significados divergentes, um positivo, por estar vinculado ao restabelecimento da saúde, outro negativo, relacionado aos efeitos colaterais.

Porém, vários aspectos ligados à medicação e fatores vinculados a ela interferem no processo de adesão, como os aspectos sociais, percebido nas falas de S1 e S2.

*[...] mais a questão da distância, tinha que pagar motorista, lanches e outras coisas. Até eu descobrir o que tinha foram 13 dias, e os gastos foram muitos enquanto isso [...]* (S1)

*[...] e nem sempre tinha o que comer em casa [...]* (S2)

Diversos aspectos interferem no tratamento, como características individuais, experiências culturais, aspectos da medicação e relação com os profissionais de saúde, sendo possível perceber a estreita relação entre essas duas subcategorias, fazendo-se necessário uma participação mais efetiva do poder público no sentido de garantir condições para que o tratamento seja efetivado, já que apenas o fornecimento de medicamentos não basta, sendo que condições mínimas de alimentação e moradia são indispensáveis no processo de cura.

A intervenção do Assistente Social nesse processo se faz necessária no sentido de viabilizar direitos, estabelecendo redes que favoreçam ao usuário condições para a conclusão do tratamento.

### 7,2.3 Categoria 3-Melhora no quadro clínico após a adesão ao tratamento

Em relação à categoria melhora do quadro clínico após a adesão ao tratamento, constata-se a existência de apenas uma subcategoria, que é o aumento do bem estar, evidenciado nas falas de S1, S2 e S4:

*Comecei a me sentir melhor, bem melhor, foi só eu tomar os remédios que logo me senti outro. (S1).*

*[...] com o passar do tempo os remédios acho que fizeram efeito, comecei a melhorar [...] (S2)*

*Legal, legal mesmo. Assim como eu estava antes de ficar com essa maldita doença. (S4)*

Os relatos acima nos fazem compreender que a insistência na continuidade do tratamento gera bons e visíveis resultados, beneficiando não somente aquele usuário que está sendo tratado, mas a população de uma forma geral.

Quanto à obrigatoriedade ao tratamento, Navarro (2004) adverte que pôr em perigo de contágio de doença infecto-contagiosa grave, e expor ao risco a saúde e a vida de outras pessoas é delito passível de quatro anos de reclusão, como previsto nos artigos 131 e 132 do Código Penal.

No entanto nesse paradigma doença-cura o usuário não percebe os determinantes sociais do processo saúde-doença, a inexistência ou limitação de apoio social é considerado pelas pessoas como doença crônica, como fragilizante, aparecendo como ponto maior de inquietação para essas pessoas. Por outro lado, as mesmas que contam com apoio social consciente se mostram mais motivadas mais dispostas a cuidar de sua condição de saúde e conseguem conviver de forma mais saudável com sua doença.

### 7,2.4 Categoria 4-Interferência dos efeitos colaterais dos medicamentos na continuidade do tratamento

Com relação à interferência dos efeitos colaterais dos medicamentos na continuidade do tratamento, evidencia-se a existência de duas subcategorias: quantidade excessiva de medicamentos, e mal estar geral.

A quantidade excessiva de medicamentos é constatada nas fala de S3.

[...] *Era muita coisa, muito remédio, eu não agüentava mais tomar tanto* [...] (S3)

Os medicamentos mais administrados para o tratamento da tuberculose são rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, sendo que os comprimidos são maiores do que os consumidos no cotidiano. (GONÇALVES, et al, 1999; BRASIL, 2002 b).

O mal-estar geral foi observado nos comentários de S2 e S3:

[...] *eu ficava mal o dia todo, e quando eu não tomava os remédios eu ficava bem melhor* [...] (S2)

[...] *parei com tudo porque eu passava muito mal. Quando eu tinha consulta, eu não conseguia ir nem até o ponto de ônibus* [...] (S3)

Os aspectos sociais também foram constatados como mencionados nas seguintes falas:

[...] *foi por falta de recursos que abandonei. Não tinha dinheiro para o ônibus e nem para a gasolina. Quando eu ia, gastava muito* [...] (S1)

[...] *ainda se eu tivesse como ir de carro próprio seria mais fácil, mas a gente é pobre e nem de bicicleta dá pra ir* [...] (S3)

Nessa categoria é possível perceber a correlação entre as subcategorias, onde uma condição de vida adequada asseguraria que o tratamento fosse iniciado e concluído com sucesso e sem grandes dificuldades.

É importante ressaltar que a maior parte dos entrevistados é de baixa renda, não possuem emprego fixo e tem péssimas condições de moradia, intensificando ainda mais os efeitos colaterais e a posterior desistência do tratamento.

Os dados acima analisados nos fazem perceber a fragilidade existente na rede sócio-assistencial, onde deveriam ser criados programas que assegurassem uma melhor condição de vida aos usuários.

## 7,2.5 Categoria 5-Principais motivos que levaram a interromper o tratamento

Nessa categoria são evidenciadas quatro subcategorias, a saber: efeitos colaterais; aspectos sociais; falta de motivação para dar continuidade ao tratamento; e confiança no médico.

Os efeitos colaterais, agravados pelas condições sócio-econômicas do usuário, levam à interrupção do tratamento como evidenciado através das falas de S2 e S3:

*[...] Eu ficava mal de estômago vazio e vomitava [...]* (S2)

*[...] eu tava sempre enjoada, sempre vomitando. Eu tomava Plasil e não adiantava, sentia amargo na boca. Eu vomitava no ônibus [...]* (S3)

Porém, os aspectos sociais foram mais determinantes ao abandono, relatado nas falas a seguir:

*[...] falta de recursos foi o fator mais agravante para o abandono do tratamento.* (S1)

*Não tinha comida em casa, e se eu tomasse os remédios eu tinha que comer [...]* *Fui pedir cesta básica com aquele papel que a médica deu, mas nunca tinha [...]* (S2)

A alimentação é um outro fator de suma importância que influencia no adoecimento, sendo um dos fatores determinantes e condicionantes para ter saúde, conforme firmado pela Lei Orgânica da Saúde em seu artigo 3º.

*[...] quando a consulta era na metade do mês eu não tinha dinheiro e nem passe para ir. Às vezes minha irmã me dava, mas nem sempre ela tinha [...]* (S3)

Sem as mínimas condições de sobre (vida) fica impossível inclusive a sobrevivência, levando à falta de motivação para dar continuidade ao tratamento, como coloca S3.

*[...] então achei melhor parar com tudo, a vida não tem graça mesmo, não tomo mais nada [...]* (S3)

É importante salientar que a confiança no médico, como coloca S4, bem como nos profissionais que o acompanham no processo de recuperação da saúde é de suma importância, tornando-se um ponto positivo à efetividade do tratamento.

*[...] a gente tem que conhecer bem o médico que a gente vai se tratar e agora eu conheço. Só a doutora Tatjana que sabe.* (S4)

Na fala a cima percebe-se que o médico ainda é bastante enfatizado no processo de tratamento.

Porem acredita-se que diante da complexidade que envolve o tratamento de tuberculose, é necessário à existência de uma equipe multidisciplinar para acompanhamento, com a presença imprescindível do Assistente Social, pois a maioria dos relatos ainda menciona o médico como o único responsável pelo tratamento.

No entanto, está explícito na maioria das categorias apresentadas que as condições sócio-econômicas se fazem presentes interferindo na continuidade do tratamento, onde políticas públicas sociais são extremamente necessárias. Devemos ver o Programa de Tuberculose não como simples programa destinado ao controle do bacilo, já que a tuberculose

constitui-se num grave problema de saúde pública, onde órgãos públicos devem ser responsabilizados, devendo dar condições para que a saúde seja recuperada e mantida.

Neste sentido, a presença do profissional de serviço social no programa visa assegurar que direitos sejam viabilizados, estabelecendo redes para que a saúde seja garantida.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta como tema central a intervenção do Serviço social no programa de tratamento de tuberculose no município de Palhoça, tendo como população os usuários que abandonaram o tratamento de tuberculose no ano de 2006. Os usuários a serem analisados foram selecionados através do endereço obtido em seus prontuários, considerando-se a maior probabilidade de localização dos mesmos.

Desta forma, foram selecionados para a referida pesquisa oito usuários, porém, apenas seis foram encontrados, e somente quatro foram entrevistados, pois um deles foi transferido já que era detento da Colônia Penal Agrícola e o outro foi a óbito.

Para que o objetivo central desse estudo fosse alcançado, foram atingidos os seguintes objetivos específicos: caracterizar o contexto sócio-econômico dos usuários atendidos no Programa de Tuberculose no município de Palhoça, identificar as principais dificuldades sentidas pelos usuários com relação ao tratamento; destacar possíveis fatores sociais que tenham interferido no abandono ao tratamento.

Verificou-se nos aspectos observados, que a condição financeira é fator predominante no abandono ao tratamento, percebendo-se, então, a necessidade da inserção do assistente social no sentido de garantir condições para que o tratamento seja realmente efetivo.

Os dados analisados indicaram que os fatores que interferem no abandono ao tratamento são os mesmos fatores que predispõe o aparecimento da doença (alimentação insuficiente, uso de drogas, habitação inadequada, condições de trabalho), pois as reações das medicações ingeridas são mais frequentes em um organismo mal alimentado. Entretanto, não podemos deixar de considerar o apoio familiar como um ponto importante para a continuidade e sucesso do tratamento.

Portanto, esta associação entre fatores individuais e econômicos necessita ser objeto da ação do profissional de serviço social que trabalha ligado a esse contexto.

Sendo assim, a inserção do serviço social no programa de tratamento de tuberculose se faz necessária no sentido de intervir para que direitos sejam acessados, conforme assegura a lei.

Contudo, para realizar a intervenção é necessário que se compreenda o ser humano como cidadão de direito, não se deixando envolver por valores pessoais (senso comum), tendo o cuidado em preservar o usuário, esclarecendo-o e junto com ele levantando possibilidades para uma determinada situação, porém, sempre respeitando seu direito de tomada de decisão,

conscientizando-o de seus direitos e deveres e de como exercê-los, considerando que o assistente social é o mediador entre o direito e a concretização desses.

Todavia, para realizar a intervenção, algumas articulações se fazem necessárias para o alcance dos objetivos propostos, sendo de suma importância o trabalho em rede, para que haja a integralidade das ações, viabilizando dessa forma o acesso do usuário aos serviços e bens públicos, possibilitando a eles as garantias asseguradas por lei.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional: novos subsídios para o debate.** Recife, 1996.

ANTUNES JLFA, Waldman EA. Tuberculose in the Twentieth century: time-series mortality in São Paulo, Brazil, 1990-97. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:463-76

BARBOSA, Heloisa Helena Moreira de Moraes. **Perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose pulmonar atendidos na Unidade Básica de Saúde da Pedreira.** 2003. 78 f . Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Doenças Tropicais , Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém. Orientador: Manoel Barbosa de Rezende

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Persona Edições, 1977.

\_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2000.

BASTOS, M. L.S. L. **O atendimento a sujeitos em crise nas situações de urgência e emergência psicológica nas instituições da rede de saúde Pública Palhoça.** Trabalho de Conclusão de Curso pela Universidade do Sul de Santa Catarina. 2008

BEJAMIM, Alfred. **A entrevista de Ajuda.** Arantes; resisão Estela dos Santos Abreu 9ª – São Paulo: Martins Fontes, 1998

BRASIL. **Regulamento da Previdência Social –Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999,** publicado no diário oficial da união de 12/05/1999.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do.** São Paulo, Saraiva, 2002, 29ª ed.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96. **Diário Oficial da União,** Brasília, 6 de nov. 1995. Seção 1, p. 22932-54.

\_\_\_\_\_. **Congresso Nacional** do. Lei 8.080/90 e 8.742/90. Brasília, dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Sudsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Santaafé de Bogotá, Rede dos Megapaíses, Declaração do México.* Brasília, DF, 2001. 54p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão.* Brasília, DF, 2002. 41p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre : Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.



BRAVO; Maria Inês Souza. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional.** Org: Motta; A, E et al. São Paulo Editora Cortez 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica.** 6º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose:** cadernos de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde Departamento de Atenção Básica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Orgânica da Saúde de nº. 8080/90 e Lei complementar de n. 8142/90.** 2. ed. MS – Assessoria de Comunicação Social. Brasília, 1991.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Normas de Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Brasília (DF); 1997.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Programa de Controle de Tuberculose** (on line). 200ª; Disponível em [www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/apresentação>2002](http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/apresentação>2002) maio 19.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Manual Técnico de Controle de Tuberculose.** Brasília 9DF); 2002D. (Caderno de Atenção Básica, 6)

BATAIERO, m. o. **Necessidade de Saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004.** Monografia (Conclusão de curso) – Escola de Enfermagem,

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: BARATA, R. B. (Org). **Condições de vida e situação de Saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 115-65

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde).** 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CAMPOS. C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1260-8,2005.

CARVALHO DM. Grandes Sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *Inf Epidemiol SUS* 1997;4:7-46.

CARVALHO, A. I. et al. (Org.). *Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: Unb, 1998. 57p.

CARVALHO, Assistência sócia: Políticas públicas de direito de cidadania 2000.

CVE, Centro de Vigilância Epidemiológica: Divisão de Imunização Vacinação d rotina doses aplicadas e coberturas vacinal em menores de 1 ano de idade estado de ao Paulo – Serie histórica – 1974 a 1998. São Paulo; 200b. Disponível em [www.cve.saude.sp.gov.br>2002](http://www.cve.saude.sp.gov.br>2002) out 13.

CAMPOS, CMS, BATAIERO, MO. Necessidade a saúde; Uma análise de Produção científica. 1990. Interface – Comunicação, saúde, educação. V11, n23 p. 605 – 18 set./dez 2007.

COSTA, Maria Dalva H. da. **Os serviços na contemporaneidade**. In: FERNANDES, Ana Elizabete S. da Mota (org.). A nova fábrica de consensos. São Paulo: Cortez, 1998.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL **Artigos 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> de 1988**

DEMO, Pedro. Participação é conquista. São Paulo: Cortez 1988.

EGRY, E. Y. **Saúde Coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

GUERRA. Y. A. **Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez 1995.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1995.

HIGHLIGHTS: Frist Stop TB Partners Fórum; Combating new therats, 2001 oct 22 – 23; Washington (DC) Global Parthership to Stop TB; 2000; 7:141 – 6.

IAMAMOTTO. M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**. Trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O trabalho Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação**. In: Capacitação em Serviço Social: módulo 1. Brasília: CEAD/UnB/CEFESS, 1999 p. 111 à 118.

IAMAMOTO. M.V. e Carvalho. R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil - Espaço de uma Interpretação Histórico Metodológico**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 1982.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

JAMESON FT. Disease priorites in developing countries: an overview. In: Jamison DT; etal. DIasease Control priorities in developing countries. Washington (DC): Oxford University Press; 1993. p 3 – 4.

Jamison FT. Disease control priorities in developing contries: an overview. In: Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL, editors. **Disease control priorities in developing countries**. Washington (DC): Oxford University Press; 1993. p. 3-43.

KLEBA, Maria Elizabeth. Descentralização do Sistema de saúde no Brail: Limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó; Argos, 2005.

KOCHI A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the world health organization. **Tubercle** 1991; 72:1 – 6.

L.AURELL, Asa Cristian; Noreiga, Mariano. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

MACEDO, M.de A. **Reconceituação do Serviço Social, Formulações diagnósticas.** São Paulo, Cortez, 1982.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referencias na Promoção de Saúde. *Saúde e sociedade*, v13, n 1, p 5-13, Jan/abr. 2004

MENDES, Eugênio Vilaça. **Direito Sanitário e Saúde Pública. Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde.** Brasília, 2003, Volume I e II.

MENDES ACG; etal, Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares como fonte Complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. *Inf Epidemiol SUS* 2000; 9(2): 67 – 89.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades.** São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR, 1).

MENDES, E.V. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: Mendes, C.V., org. *A vigilância à saúde no distrito sanitário.* Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1993 p.7-19. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).

MENDES, E.V. org. *A vigilância à saúde no distrito sanitário.* Brasília. OPS/OMS, 1993, (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).

MENDES GONÇALVES, R.B. *Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico.* [Dissertação de mestrado, área de Medicina Preventiva do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979, 209p].

MENDES GONÇALVES, R.B. O processo tecnológico do trabalho em saúde. *Divulg. saúde deb.*, 4:97-102, 1991.

MENDES GONÇALVES, R.B. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre "razão e planejamento". In: Gallo, E. org. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade.* São Paulo, HUCITEC/ABRASCO. 1995. p.13-31

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** – 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abraso 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO. Maria Cecília (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Municípios prioritários para tuberculose** [online]. 2002 disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br>>

MINAYO, M. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n .1, p.7-18, mar. 2000.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **A dimensão técnica-operativa do exercício profissional dos Assistentes Sociais em foco.**

NASCIMENTO, **Enfermagem em Cuidados a Pacientes Críticos, Serie incrivelmente Fácil.** Ed Guanabara, 2006 Rio de Janeiro.

NAVARRO, Vanessa. **Diagnóstico de tuberculosa é precário.** In: Folha de Londrina, Londrina, 25 ago. 2004. Folha Cidades.

NAVARRO, Vanessa. **Diagnóstico de tuberculose é precário.** In: Folha de Londrina, Londrina, 25 de agosto. 2004. Folha Cidades.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1998.

OLIVEIRA, H. B. MOREIRA, D.C.F. **Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios.** Campinas, SP, Brasil, 1993-1994.

OLIVEIRA, D.C. A categoria necessidades nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito. **Rev. Enferm. UERJ**, v.10, n.1,p.47-52,2002.

OKAMURA , N. M. **Perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose atendidos em um hospital geral universitário, 1999-2001.** Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2003.

OLIVEIRA, H. B. MOREIRA, D. C. F. **Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994.**

PAIM, J.P.V.ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: **Uma “nova saúde Pública”** ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Publica*. V.32, n34. 1998.

POLIT-O'HARA, Denise; HUNGLER, Bernadette P.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RAVIGLIONE MC, Snider DE, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis: morbidity and mortality of worldwide epidemic. **JAMA** 1995; 273: 220-6.

RUFFINO-NETO A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev Soc Brás Med Trop** 2002; 35: 51-8.

RUFFINO-NETO A., Souza, AMZF Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil, **Inf Epidemiol SUS** 1999; 8(4): 35-51.

SNIDER Jr. DE, Raviglione M, Kochi A. Global burden of tuberculosis. In: Bloom BR, editor. **Tuberculosis: pathogenesis, protection and control.** Washington (DC): ASM Press; 1994. p.3 – 11.

SARMENTO . H. B. de M. **Serviço Social, dos tradicionais formas de regulação sócio-política ao redimensionamento de suas funções sociais.**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Manual boas práticas de adesão – HIV/aids.** São Paulo: (S.N.) 2005.

STEIN, R . H . “**A descentralização político-administrativa na assistência social**”. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 59. São Paulo: Cortez, 1998

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726 p.

SUZIN, Arlete Boeira; ALMEIDA, Sonia Maria. **Capacitação profissional em Serviço Social.** CRESS. 1ª região, Porto Alegre, 1999.

TEIXEIRA MG, Penna GO, Risi JB, Penna ML, Alvin MF, Moraes JC, Luna E. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Inf Epidemiol SUS** 1998; 7(1): 7-28.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Ana Maria. **In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Editora Cortez, 2007

Universidade de São Paulo, São Paulo [on line]. Disponível em [http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe\\_monografia.asp](http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe_monografia.asp)>(2005.) Acesso em: 11 maio 2008.

YOUNG LS, WORMSER GP. The resurgence of tuberculosis. **Scand J Infect Dis Suppl** 1994; 93:9-19.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A

### FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

#### 1. Dados de identificação

1.1. Nome:

1.2. Sexo: M ( ) F ( )

1.3. Naturalidade:

1.4. Endereço:

1.5. Telefone para contato:

#### 2. Grau de escolaridade

- ( ) Analfabeto
- ( ) Ensino Fundamental Incompleto
- ( ) Ensino Fundamental Completo
- ( ) Ensino Médio Incompleto
- ( ) Ensino Médio Completo
- ( ) Ensino Superior Incompleto
- ( ) Ensino Superior Completo

#### 3. Profissão do chefe de família:

#### 4. Faixa Etária

- ( ) Menor de 18 anos
- ( ) 18 a 25 anos
- ( ) 26 a 35 anos
- ( ) 36 a 45 anos
- ( ) 46 ou mais

#### 5. Estado civil

- ( ) solteiro
- ( ) casado
- ( ) união estável
- ( ) divorciado
- ( ) separado

viúvo

## 6. Situação de trabalho

- Empregado
- Desempregado
- aposentado
- Pensionista
- Autônomo

## 7. Contexto familiar

### 7.1. N° de filhos:

- não possui filhos
- 1 a 2 filhos
- 3 a 4 filhos
- mais de 4 filhos

### 7.2. N° de pessoas que residem na casa:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- mais de 5      Especificar: \_\_\_\_\_

### 7.3. Renda familiar:

- menos de 1 SM
- 1 a 3 SM
- 4 a 6 SM
- mais de 6 SM

### 7.4. Tipo de moradia

- alvenaria
- madeira
- mista
- outros      Especificar: \_\_\_\_\_

### 7.5. N° de cômodos

- 1 a 2
- 3 a 5
- mais de 5

## 8. Cidade de origem:



8.1. Tempo em que reside no município

- Menos de 1 ano
- De 1 a 3 anos
- De 4 a 7 anos
- De 7 a 9 anos
- Mais de 10 anos

9. Caracterização da comunidade

9.1. Saúde comunitária

9.1.1. Você conhece os serviços de saúde da sua comunidade?

- Sim
- Não

9.1.2. Quais os serviços de saúde que você utiliza na sua comunidade?

10. Saúde ambiental

10.1. Coleta de lixo

- Sim
- Não

10.2. Destino do lixo

- Coleta
- Queimado
- Enterrado

10.3 Na sua opinião, a conservação das vias públicas é:

- Ótima
- Boa
- Regular
- Ruim

10.4. Na sua residência ocorre a presença de animais vetores:  Sim  Não

10.5. Em caso afirmativo, indique qual:

- Rato
- Barata
- Mosca
- Mosquito

| 11. Possui sistema de abastecimento de água?  sim  não

12. Possui luz elétrica?  sim  não

13. Possui rede de esgoto?  sim  não

---

## **APÊNDICE B**

### **FORMULARIO ROTEIRO DA ENTREVISTA**

- 1 Como foi o atendimento no programa?
2. O senhor (a) sentiu alguma dificuldade durante o tratamento?
3. Como o senhor (a) se sentiu após o início do tratamento de tuberculose?
4. O senhor (a) considera que os efeitos colaterais dos medicamentos interferiram para a não continuidade do tratamento?
5. Indique os principais motivos que o levaram a interromper o tratamento.