



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Coletiva

TAVIANA AREAL

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM
TUBERCULOSE DA REGIÃO LESTE DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília

2019

TAVIANA AREAL

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM
TUBERCULOSE DA REGIÃO LESTE DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

Brasília

2019

Taviana Areal

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE DA REGIÃO LESTE DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentada à disciplina de TCC, do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo (Orientador) - Presidente da Banca

Prof. Dr.

Mauro Niskier Sanchez

Prof. Dr.

Elza Maria de Souza

Prof^a. Dr^a.

Brasília

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por ter me fortalecido e me guiado nessa jornada da minha vida, sem Deus nada disso seria possível, a ele toda honra e toda glória.

Ao meu professor/orientador Cláudio Lorenzo pela paciência, compreensão, carinho e empatia que muitas vezes entendeu minha situação como aluna e mãe. Você é um grande exemplo de profissional e um excelente professor.

Agradeço aos professores Mauro Sanchez e Elza Maria que compõem a banca examinadora, obrigada por fazerem parte desse momento e pelo incentivo e ajuda dados a mim durante esses anos de faculdade.

À coordenação do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Brasília, representado pela Prof Natan Monsores e também a todos da secretaria do curso de Saúde Coletiva pela imensa ajuda em todos os momentos necessários demonstrando sempre gentileza e carinho para com os graduandos.

À todos os professores do Departamento de Saúde Coletiva que compartilharam as suas experiências e saberes comigo, pela ótima convivência e grandes oportunidades de aprendizado.

Agradeço às minhas filhas Alice e Maitê, que me impulsionam todos os dias da minha vida para ser uma pessoa melhor e me dão forças para buscar a realização dos meus sonhos. Vocês são a minha alegria e o motivo para eu nunca desistir.

Aos meus pais Sandra e Paulo (in memoriam) que já não estão mas aqui entre nós, mas estarão sempre no meu coração. Essa vitória também é de vocês.

Ao meu marido Pedro Moreira, meu incentivador e amigo, obrigada pelo companheirismo e apoio fazendo dos meus sonhos os seus sonhos, e acreditando mais do que eu mesma na realização deles.

À minha sogra Iracema que é como uma mãe, que me encorajou a não desistir, e por sempre me ajudar com Alice e Maitê nos momentos que mais precisei.

Ao meu querido amigo, Fernando Cesar Grigolin (Teacher) pelo incentivo, e por sempre acreditar em mim. Sei que está feliz com essa vitória.

A minha cunhada Raquel, pelo apoio incondicional, e por sempre estar presente em todos os momentos.

Quero agradecer também a enfermeira Cláudia e a técnica de enfermagem Sandra do cenário de pesquisa pela gentileza em me receber no serviço e pela colaboração valiosa com este estudo e pela carinho e amizade.

As minhas amigas, Ellen Adriane, Polyana Ribeiro e a Diane Carlos, que sempre estiveram juntas comigo nessa caminhada, me dando apoio, força e incentivo. Vocês foram fundamentais para a minha formação, obrigada pela cumplicidade e amizade de cada uma de vocês.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Tavana Areal Pereira, nascida na cidade de Porciúncula - RJ. Em 2008 vim morar em Brasília com uma das minhas tias, após o falecimento da minha mãe. Cursei o ensino médio em uma escola pública do Distrito Federal e após o término do mesmo, passei no vestibular da Universidade de Brasília para cursar Saúde Coletiva. Conheci o tema da tuberculose durante a disciplina obrigatória de “estágio 2” que foi orientada pelo professor Mauro Sanchez. Durante a disciplina de “estágio 2” pude conhecer mais detalhes e nuances que compõem o tema e aos poucos fui me interessando cada vez mais pela forma que os pacientes são acolhidos no Sistema Único de Saúde(SUS) durante o tratamento da tuberculose.

Trabalhar com ótimas profissionais de saúde foi um ponto que me ajudou a escolher esse tema e me fez começar elaborar e escrever esse trabalho. Esse trabalho foi importante para vivenciar as histórias de vida dos pacientes e compreender como as experiências e vivências influenciam no diagnóstico, tratamento da tuberculose. Recentemente, perdi meu pai para a tuberculose o que me trouxe ainda mais motivação para contribuir nessa área dando continuidade a esse artigo.

Aprimorar o SUS é um trabalho constante e acredito que esse artigo possa contribuir para a evolução dos métodos utilizados no Sistema Único de Saúde para o tratamento da tuberculose, porque ao pesquisar não encontrei muitos trabalhos que abordem esse tema.

A área da Saúde Coletiva tem contribuído nos aprimoramentos das políticas públicas já existentes, da criação de outras políticas, na vigilância em saúde e em diversos seguimentos para trazer uma saúde pública de qualidade, resultando assim em uma atenção ainda mais integral, universal e de equidade para pacientes com tuberculose.

Para o TCC escolhi construí-lo em forma de artigo que após as considerações da banca pretendesse complementar e aprimorar o trabalho para uma futura submissão.

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecto contagiosa que gera uma preocupação mundial devido a dificuldade em controlá-la, evitando assim a incidência de casos novos e óbitos por essa doença. No Brasil e no Distrito Federal não é diferente, e apesar dos baixos índices da doença, o DF tem desafios para ofertar uma assistência de forma oportuna, eficiente e efetiva, que viabiliza uma maior taxa de cura e um menor índice de o abandono de tratamento. Nesse sentido, o itinerário terapêutico presta uma importante contribuição, pois pela ótica do paciente, permite não só conhecer os serviços e falhas assistenciais no âmbito da tuberculose, como também qualifica o cuidado e possibilita conhecer como e quais as formas de cuidado os pacientes e familiares acionam no enfrentamento dessa doença.

Objetivo: Analisar o itinerário terapêutico de pacientes portadores de tuberculose pulmonar, que fazem tratamento na região leste do Distrito Federal, como forma de avaliar o funcionamento da rede no tratamento da tuberculose. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, cuja a coleta de dados se deu por meio de entrevistas com 6 dos 31 pacientes, entre Março a Julho de 2017. Para a seleção dos participantes foram usados os seguintes critérios: ter sido diagnosticado com TB pulmonar, estar em tratamento na sala da tosse e se disponibilizar a participar da pesquisa. Com esse estudo, foi possível identificar falhas na condução do tratamento e de diagnóstico.

Palavras chaves: tuberculose; itinerário terapêutico; rede de atenção à saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis is a contagious infectious disease that concerns the whole world due to its difficult control, that aims the avoidance of new cases and eventual deaths incidence reasoned by it. In Brazil and in Distrito Federal, it is not different, and despite the low rates of it, the district faces challenges to offer optimal, efficient and effective assistance, which provides a higher cure rate and a lower rate of treatment dropout. In this regard, the therapeutic itinerary makes an important contribution, because, from the perspective of the patient, it allows not only to know the services and care failures of tuberculosis, but also improves the care and makes it possible to know how and what kinds of care patients and relatives look for when treating the disease.

Objective: It is to analyze the therapeutic itinerary of patients with pulmonary tuberculosis who are being treated in the eastern region of Distrito Federal as a way of evaluating the system's operation in its treatment. This is a descriptive qualitative study whose data collection was done through interviews with 6 of the 31 patients between March and July, 2017. The criteria used to select the participants was: must be diagnosed with pulmonary tuberculosis, must be treating in the Cough Room and must be willing to take part in the research. With this study, it was possible to identify flaws in the treatment and diagnosis procedures, which due to the severity of the disease, could have cost the life of the patients.

Keywords: tuberculosis; therapeutic itinerary; health care network.

INTRODUÇÃO

1. A tuberculose no Brasil e no mundo

Mesmo sendo curável e tendo um diagnóstico fácil e um tratamento eficaz, a tuberculose possui uma alta morbimortalidade e é a doença infecciosa que causa mais mortes do mundo, superando inclusive as mortes ocasionadas pela malária e pelo HIV juntos.(WHO,2016).

No mundo, 10,4 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose no ano de 2015, sendo que desses, 1,2 milhões, que representa um percentual de 11,0% também estavam infectadas pelo HIV. Ademais, estima-se que nesse mesmo ano, 1,4 milhões de pessoas morreram devido a essa doença e 400.000 pessoas morreram em consequência da coinfeção TB-HIV (WHO, 2016).

A prevalência da tuberculose é maior na população masculina (BELO et al., 2010) e ocorre com maior frequência nos anos considerados mais produtivos da vida adulta, além de que o risco e a chance de desenvolver essa doença aumenta com a idade.(FARGA, CARMINEIRO, 2011). O extrato socioeconômico também interfere na prevalência da tuberculose, uma vez que ela atinge as pessoas mais pobres, marginalizadas, e vulneráveis (RIEDER, 2001; MACIEL, 2016). Além desse extrato, pessoas idosas, portadores de diabetes, neoplasias, profissionais de saúde, povos indígenas, população de rua, população carcerária e portadores de HIV, compõem outros grupos com maior risco.(BESEN; STAUB; SILVA, 2011)

No Brasil, foram notificados em 2015 um total de 63.189 casos novos, tendo assim, um coeficiente de incidência 30,9 por 100 mil habitantes. Isso representou uma redução de aproximadamente 20,2% na incidência de casos de tuberculose nos últimos 10 anos.(BRASIL, 2016).

O estudo de Costa et al. (2017) mostrou que o coeficiente de mortalidade por tuberculose no Brasil reduziu cerca de 15,4% no período de 2006 a 2015, passando de 2,6% mil habitantes para 2,2% por 100 mil habitantes e apontando as regiões sudeste e nordeste, respectivamente, como as de maiores índices de notificação de tuberculose. O Brasil pertence a um grupo de 22 países que juntos somam um quantitativo superior a 80% de todos casos de tuberculose no mundo.(WHO, 2016).

O Distrito Federal, possui uma das menores incidências de tuberculose do país. Em 2018, foram notificados um total de 374 novos casos com uma incidência de 12 casos por 100 mil habitantes. A faixa etária economicamente ativa foi a mais atingida, com 31% dos casos ocorrendo entre 20 aos 34 anos, seguida pela faixa etária dos 35 aos 49 anos, cujo percentual foi de 28,9%. Contudo, apesar índices baixos, os indicadores demonstram que os serviços de saúde enfrentam muitas dificuldades e desafios para obterem resultados melhores no controle da tuberculose no DF, principalmente em relação a proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmada em laboratório que obtiveram cura. Outro desafio encontrado é o acompanhar até o fim do tratamento, os pacientes que vivem em situação de vulnerabilidade social.(BRASIL, 2019).

No que se refere à organização da assistência aos portadores de tuberculose no DF, definiu-se a partir de 2011, três níveis assistenciais em uma rede de referência e contra referência, enfatizando a atenção básica como porta de entrada prioritária para atendimento dos casos. Assim, as equipes de saúde da família tem a função de realizar tanto o diagnóstico quanto o acompanhamento do tratamento, que é gratuito. (BRASIL, 2011; DODF, 2011). O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma das estratégias utilizadas para a aumentar a adesão e sucesso do tratamento. Nesse método, um profissional capacitado é responsável por supervisionar do início ao final do tratamento, a tomada do medicamento por parte do doente.(SES-DF, 2019).

No nível secundário de atenção, o atendimento deve ser realizado por todos hospitais da rede do Distrito Federal. Para as internações por tuberculose, há o hospital regional do gama (HRG), que é referência no centro-oeste no atendimento dessa doença, recebendo inclusive usuários dos outros estados (DODF, 2011, SES-DF, 2018). Os tratamentos especiais e drogas resistentes são feitos na Unidade Mista de Saúde da Asa Sul, em Brasília.

A região leste é uma das sete regiões de saúde do Distrito Federal (SES- DF, 2017), onde sessenta e seis por cento de sua população é formada por jovens com idades entre os 15 e 19 anos, e a renda *per capita* é de apenas 1 salário mínimo. (PDAD, 2013).

Em julho de 2018, a região Leste contabilizou 59 equipes de saúde da família, tendo um percentual de 93,1% de cobertura populacional.(BRASIL, 2019). Ela também possui o hospital regional do Paranoá (RODRIGUES, 2017), que oferece serviços de urgência, emergência, faz atendimento ambulatorial em diversas especialidades e possui leitos. Também realiza diagnóstico e tem um laboratório de análises clínicas.(BRASIL, 2011). Esses serviços constituem a rede de atenção à saúde, que atende e define as linhas de cuidado para tuberculose.

Em 2009, foi criada a sala da tosse que tem como objetivo atuar como apoio ao atendimento da população sintomática e casos diagnosticados no hospital da região leste, sendo encaminhadas para as unidades básicas para tratamento. Além disso, a sala atende os pacientes não cobertos pela estratégia saúde da família. (MESQUITA, 2013). Atualmente, a sala da tosse é a referência para os pacientes com tuberculose nas Região Leste e conta com uma equipe composta por uma enfermeira, que também é coordenadora da TB na Região e uma técnica de enfermagem. Esses serviços fazem parte da rede de tratamento

O objetivo desse estudo é analisar o itinerário terapêutico de pacientes portadores de tuberculose pulmonar, que fazem tratamento na região leste do Distrito Federal, como forma de avaliar o funcionamento da rede no tratamento da tuberculose.

O USO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO COMO MECANISMO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA REDE

O itinerário terapêutico refere-se aos movimentos e caminhos percorridos pelos indivíduos ou grupos na busca por tratamento de uma doença, e que nem sempre coincidem com os fluxos e esquemas pré determinados.(ALVES, SOUZA, 1999). São escolhas e acontecimentos que nessa busca por cuidado, constroem uma trajetória (MARTINEZ, 2006), que pode expressar percepções individuais e coletivas sobre o processo de adoecimento, tipos de tratamentos e que ocorrem sob influência de fatores e contextos diversos.(ALVES, SOUZA, 1999). Esse itinerário evidencia as estratégias e práticas populacionais no enfrentamento dos problemas de saúde(GERHARDT, 2006).

A origem do termo itinerário terapêutico relaciona-se aos estudos sobre o "illness behaviour", que traduzido significa comportamento do enfermo, referindo-se a busca do indivíduo por cuidados de saúde através de uma lógica racional, visando o custo-benefício. Esse conceito foi bastante criticado, por interpretar o comportamento do indivíduo na busca por cuidados, somente pela procura dos cuidados biomédicos e serviços de saúde. (ALVES, SOUZA, 1999)

A interpretação do comportamento do indivíduo na busca por cuidados, ganhou outra perspectiva (ALVES, SOUZA, 1999) ao serem incluídos os fatores socioculturais e cognitivos na análise comportamental, e os estudos sobre as redes sociais influenciaram nesse processo.(UCHOA, VIDAL, 1994). Nesse quesito, os estudos etnográficos feitos na década de 70 contribuíram muito, ao observarem diversos grupos sociais.(ALVES, SOUZA, 1999).

Alguns estudos utilizam o itinerário terapêutico como indicadores de resolutividade no âmbito da assistência em saúde e acesso à rede, também apontando os procedimentos informais que não estão presentes na rede, como os

saberes os populares. É utilizado principalmente em casos relacionados à doenças crônicas, enfatizando a importância desse trajeto na rede, sobretudo, para descobrir o diagnóstico.(SOUZA, ZAMBENEDETTI, 2018)

Nos estudos com pacientes com tuberculose, é possível evidenciar inúmeras vulnerabilidades e fraquezas nos serviços de saúde recorridos.(PINHEIRO, 2014). O itinerário terapêutico também é utilizado como um mecanismo para avaliar a efetividade das redes de serviços de saúde em relação a garantia do acesso, para detectar necessidades importantes para programas de educação em saúde e também para adequar fluxos e capacitar profissionais. (CABRAL, 2011). Em estudos com itinerários, o foco de interesse é a percepção do paciente sobre a doença e como isso influencia o seu comportamento na busca por cuidados e tratamento. (HELMAN, 1994). Por meio desses itinerários, os profissionais são incentivados a reconhecer os fatores socioculturais que permeiam a vida desse paciente, podendo assim, adequar o cuidado, para que haja efetividade nas práticas terapêuticas.

Os atuais estudos sobre itinerário terapêutico ainda possuem traços herdados do "illness behavior", embora tenham sido ampliadas suas finalidades e perspectivas analíticas. Assim destaca-se duas abordagens diferentes. (ALVES, 2015), uma de cunho mais etnográfico, que busca entender como os fatores socioculturais influem na percepção do indivíduo sobre a doença, o tratamento e a experiência da enfermidade, e como isso interfere na sua busca por cuidado. A outra abordagem, descreve e analisa o percurso do indivíduo na busca por cuidados biomédicos e assistenciais, visando identificar possíveis falhas, dificuldades de acesso e também compreender o funcionamento da rede de serviços de saúde. Desse modo esse estudo tem como foco esses aspectos biomédicos e assistenciais, mesclando também com alguns aspectos socioculturais.

As diferentes abordagens dos itinerários terapêuticos permitem que esse instrumento possa ser utilizado como subsídio para organização da rede dos serviços de saúde e de gestão, buscando construir assim, práticas de assistência que sejam mais adequadas ao contexto e necessidades dos indivíduos.(CABRAL, 2011). Portanto, ressalta-se a importância da utilização dessa técnica na região leste, para se observar tanto os aspectos culturais na busca por cuidado da tuberculose dos pacientes dessa região, quanto para compreender o funcionamento da rede de serviços de saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, que visa descrever o itinerário terapêutico dos pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar, tratados na sala de tosse do Hospital Regional do Paranoá, DF. Foram atendidos um total de 31 pacientes na sala da tosse, no período entre Março a julho de 2017. Foi realizada um estudo documental no protocolo de atendimento da sala de tosse e nos prontuários dos 6 pacientes entrevistados sobre o itinerário terapêutico. As entrevistas ocorreram durante o atendimento dos pacientes (ou em uma sala separada, durante o período de consulta). Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão no estudo : ter sido diagnosticado com tuberculose pulmonar, estar em tratamento na sala de tosse e terem entre 18 a 60 anos. Foram excluídos do estudo: pacientes em situação grave que sintam desconforto para falar, pacientes idosos que possam ter dificuldade de memória e crianças.

Os pacientes foram codificados usando-se o gênero masculino de "M" e feminino de "F". Também foi elaborado um quadro para caracterização dos participantes, que além do gênero informa e o sexo, o local de procedência daquele paciente e para onde ele foi encaminhado. (Quadro 1) onde Desse modo neste trabalho serão identificadas como M1, M2, M3, M4, M5 e F1.

O estudo foi feito no âmbito de atividade acadêmica de estágio, que como previsto previsto pela Resolução 466/12 do CNS não exige a submissão em comitê de ética. Entretanto, todas as orientações éticas daquela resolução foram aplicadas. Os pacientes foram informados dos objetivos do estudo e seus possíveis desconfortos, e foi solicitado autorização para cada entrevista além de se ter guardado o sigilo sobre a identidade dos pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível obter algumas informações e particularidades da vida desses seis pacientes, de modo que viabiliza uma melhor compreensão de todos os aspectos que fazem parte da vida desses pacientes e favorece também, a realização de uma análise mais ampla e clara. (PINHEIRO, 2014)

Contudo, essas informações acrescentadas não desvelam de fato toda a realidade vivenciada por esses pacientes, e sim apenas algumas nuances informadas pelos próprios pacientes(MINAYO, 2008).

1. Protocolo de atendimento a pacientes com tuberculose na região Leste

O paciente com suspeita de tuberculose que procura a sala da tosse, passa pelo primeiro atendimento com a enfermeira, que também é coordenadora da tuberculose na região leste, onde é pedido de imediato a coleta de escarro e a baciloscopia. Se o exame der inconclusivo, o paciente é encaminhado para a realização dos exames de confirmação , o raio X.

O raio-x é realizado no próprio hospital da região leste. Após a confirmação da TB, é pedido o teste para saber se o paciente é HIV positivo, tendo em vista que os antirretrovirais afetam o tratamento da tuberculose. Se o HIV for confirmado, o paciente passa a ser tratado pela infectologista que trabalha em parceria com a sala da tosse, e o tratamento passa a ser feito de forma conjunta. Se o teste de HIV for negativo, o paciente inicia o tratamento normalmente que tem duração de seis meses, sendo ministrados comprimidos diariamente, o paciente comparece a sala da tosse uma vez por semana para buscar os medicamentos.

O tratamento é iniciado no momento que há o diagnóstico positivo para TB e ou HIV. Nos primeiros dois meses, é realizada a fase intensiva em que são ingeridos

quatro comprimidos (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol). No decorrer dos quatro últimos meses de tratamento, outro remédio é disponibilizado, sendo a base apenas de Rifampicina e Isoniazida. Tanto o tratamento, quanto os exames para a confirmação da tuberculose estão de acordo com o que foi previsto na carteira de serviço da tuberculose. A relação profissional/paciente é pautada pela ética, empatia e respeito ao indivíduo, procurando entender o ambiente em que o indivíduo vive, a rotina diária, as condições sociais e econômicas. Devido ao bom relacionamento entre profissionais e pacientes, quase não houve abandono do tratamento.

2. Caracterização dos participantes do estudo

M1

M1 tem 36 anos e é morador do Paranoá. Morava em um barraco de madeira sem água, com luz. É serralheiro, solteiro, moreno, magro. Sua família derrubou o barraco de madeira onde morava para que voltasse para a casa deles. Depois da derrubada, foi morar com sua irmã e as enfermeiras começaram a passar a cesta básica para sua irmã, para que ele se alimenta-se melhor.

Veio do pronto socorro e estava internado na emergência do hospital do Paranoá. No início acharam que era pneumonia, mas devido aos sintomas, o médico desconfiou de tuberculose e mandou para a sala da tosse para um possível diagnóstico e tratamento.

É usuário de álcool e outras drogas e por conta disso os profissionais da sala da tosse conseguiram internação para o mesmo em uma clínica de reabilitação para que ele tratasse o seu vício. Contudo, ficou apenas uma semana na clínica de reabilitação. Toda vez que ia buscar a medicação pedia dinheiro para passagem de volta ou para comer.

M2

M2 tem 44 anos, é pardo, reside no Paranoá com sua mãe, e é solteiro. Possui problemas psiquiátricos e é aposentado.

É um ex-presidiário e desconfia-se que adquiriu a doença ainda no sistema prisional. Veio encaminhado pelo centro de saúde da 508 sul e quando buscou atendimento na sala da tosse, ainda estava em regime semiaberto. Está tratando a tuberculose pela terceira vez, devido ao abandono do tratamento. No início do tratamento o paciente M2 ia todos os dias a sala da tosse para que as enfermeiras constatar que ele estava tomando os remédios. Toda vez que ia buscar a medicação, pedia dinheiro para pagar a passagem e para comer.

Vive em situação de abandono pela mãe, uma vez que mora num quatinho à parte da casa da mãe, insalubre, onde havia ratos, baratas e não tinha janelas. Frequentemente passava fome, e muitas vezes, eram os vizinhos que após ouvirem seu pedido de ajuda, ofereciam algo para comer.

Diante disso uma ex cunhada do referido paciente confirmou a situação do mesmo. Então às servidoras da sala da tosse fizeram um relatório contando o histórico do paciente com um pedido de ajuda para o Ministério. Além disso, a infectologista disse que ele tem cicatrizes no pulmão que são permanentes, que por conta dessas cicatrizes ele terá Pneumonia várias vezes ao decorrer da vida, podendo levá-lo até a óbito.

M3

M3 possui 31 Anos, reside no Paranoá e é casado jovem e Pardo. Sua esposa e família são evangélicos. É usuário de álcool e drogas e pratica exercícios físicos.

Foi encaminhado pela infectologista do Hospital da região Leste. Como trata-se de uma ex-presidiário, desconfia-se que adquiriu a doença ainda no sistema prisional. Quando chegou à sala da tosse, estava em regime semiaberto. Realizou o

tratamento dessa doença por um período de dois anos, pois foi diagnosticado com a coinfeção tuberculose-HIV e também porque tinha uma bactéria resistente aos medicamentos. Sabe-se que sua esposa também foi infectada com HIV/ Aids e ela sempre o acompanhava durante as consultas.

M4

M4 tem 22 anos, reside no Itapoã junto com seus pais, e casado e tem uma filha. Era estagiário em um banco, cursava o ensino superior. Era magro, branco e jovem. Foi dispensado do trabalho porque estava com tuberculose. Tem uma família estruturada e uma vida noturna era bem agitada. É um usuário de álcool e outras drogas

Inicialmente foi diagnosticado de forma erroneamente com pneumonia e iniciou o tratamento para a mesma, depois descobriram que na verdade se tratava de uma tuberculose. O diagnóstico foi confirmado em um atendimento na sala da tosse

M5

M5 tem 31 anos é morador de rua e vivia próximo ao Carrefour Bairro ao lado da Terceira Ponte. Possui família, é lavador de carros, branco, é separado e possui filhos. É um usuário de álcool e outras drogas, principalmente de cocaína.

A porta de entrada por onde chegou foi pela emergência do hospital do Paranoá. O médico desconfiou de tuberculose e encaminhou para a sala da tosse, onde onde o diagnóstico dessa doença Foi confirmado.comparecia três vezes na semana para pegar o medicamento

F1

F1 tem 22 anos é casada e reside na cidade ocidental. Sua irmã estava cuidando do seu filho enquanto estava doente. Seu marido é vigilante foi transferida para o HOB devido ao seu estado de saúde.

Essa paciente chegou pela emergência, ficou internada no isolamento por um tempo e depois foi encaminhada para a sala da tosse, onde foi diagnosticada com TB e Hiv/Aids, também estava com candidíase oral. Ela veio da Cidade Ocidental, já havia passado por outros serviços de saúde mas sem atendimento ou diagnóstico. Devido a sua baixa imunidade e saúde debilitada ela foi transferida para o HUB para um melhor tratamento, depois disso não tivemos mais notícias da situação dessa paciente.

Relatou que sente muita vergonha da sua situação de saúde e da enfermidade.

3. Itinerários terapêuticos de portadores de tuberculose pulmonar atendidos na região leste

Por meio dos relatos observou-se que todos os pacientes fizeram uso de dipirona, ibuprofeno e alguns chás antes de buscar atendimento (M1, M2, M3, M4, M5, F1). Inclusive o diagnóstico chegou a ser confundido com outras doenças, como pneumonia (M1, M4). Desconfia-se que dois deles tenham adquirido a tuberculose ainda no sistema penitenciário (M2, M3).

A maioria dos participantes são do Paranoá (M1, M2, M3, M4) e por isso buscaram o atendimento no hospital do Paranoá. Alguns entraram por meio da emergência, e após o atendimento foram encaminhados para a sala da tosse. (M1, F1, M5) A maioria também só buscou atendimento quando os sintomas já estavam insuportáveis (M1, M2, M3, M4, M5, F1).

Dois pacientes tinham o diagnóstico da coinfeção tuberculose- HIV (M3, F1),

porém o homem sempre ia acompanhado da mulher (M3), que também foi infectada com o vírus do HIV para todas as consultas com ele. Observou-se que ela teve um papel fundamental na busca do cuidado por parte do marido. A maioria desses pacientes faziam uso de álcool e/ou outras drogas (M1, M3, M4, M5).

Em relação ao tratamento notou-se que todos os pacientes seguiram as orientações médicas e realizaram todo o tratamento de modo que não houve abandono (M1, M2, M3, M4 M5, F1). Algo relatado que inclusive atrapalhou também o tratamento de alguns pacientes foi o estigma e preconceito sentidos por alguns pacientes, por parte de familiares e de amigos por causa do estigma envolvendo a tuberculose (M1, M2, M3, M4 M5, F1). Durante a busca ativa, um paciente sentiu a e preconceito dos seus vizinhos, algo que o fez sentir vergonha da presença dos Profissionais de Saúde com máscara em sua residência (M1). Uma paciente também informou que sentia muita vergonha da sua condição de saúde e da sua enfermidade (F1).

Observou-se também, que três dos pacientes atendidos na sala da tosse, vivem em uma situação de vulnerabilidade social, insalubridade e pobreza extrema (M1, M2, M5), e inclusive um foi morador de rua (H5). Por essa e outras razões, que sala da tosse buscou parceria com o Ministério Público para distribuir cestas básicas mensalmente aos pacientes em tratamento e situação de vulnerabilidade. Na sala da tosse também há cestas básicas que pessoas condenadas a serviço comunitário doam também por ordem do Ministério Público, essas cestas são repassadas aos pacientes em tratamento de TB. Cinco desses pacientes confirmaram a necessidade dessa cesta básica (M1, M2, M3, M5, F1) e apenas um informou que não precisava (M4).

Percebe-se também que os homens são mais acometidos pela tuberculose do que as mulheres, dos 31 pacientes do estudo, 5 são do sexo feminino e 26 do sexo masculino. Esse evento deve-se a uma maior exposição da população masculina à diversos fatores de risco. Percebe-se também que os homens possuem um menor

senso de autocuidado e procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, algo também evidenciado neste estudo, uma vez que os homens chegaram em um estado muito mais grave, pois demoraram mais para buscar o diagnóstico e tratamento.

Observou-se também que questões como uma vida desregrada, o abusivo de álcool e outras drogas, bem como fazer parte de populações de risco como presidiários, pacientes com a coinfeção tuberculose-HIV e moradores de rua, contribui e favorecem o desenvolvimento dessa doença, algo que é bastante evidenciado é discutido em artigos científicos.

4. A experiência da enfermidade e formas de enfrentamento da doença

Foi possível obter algumas informações e particularidades da vida desses seis pacientes, de modo que viabiliza uma melhor compreensão de todos os aspectos que fazem parte da vida desses pacientes e favorece também, a realização de uma análise mais ampla e clara. (PINHEIRO, 2014)

Contudo, essas informações acrescentadas não desvelam de fato toda a realidade vivenciada por esses pacientes, e sim apenas algumas nuances informadas pelos próprios pacientes(MINAYO, 2008).

Como foi nesse estudo, na literatura também observou-se que há diversos fatores que influenciam na busca tardia por diagnóstico e tratamento, como é o caso de pertencerem ao sexo masculino, fazerem uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como realizar a automedicação. Nesses estudos, observa-se que os homens têm a tendência a procurar os serviços de saúde de um modo mais tardio, uma vez que possuem um menor senso de autocuidado em relação às mulheres, e também por terem uma carga horária de trabalho que de certo modo, atrapalha a busca por serviços de saúde. (TRIGUEIRO, 2014).Ademais os homens também possuem uma

maior prevalência relação aos abusivo de álcool outras drogas.(CECÍLIO et al., 2013).

Percebe-se que o fato dos pacientes não terem total entendimento em relação aos sinais e sintomas que porventura, poderiam ser associados à doença tuberculose, contribui para uma certa passividade do indivíduo, ou ao menos faz com que ele tenha um comportamento mais despreocupado frente a essa doença .

Outra questão relacionada também a demora em buscar um atendimento relaciona-se também ao fato de haver dificuldade para acessar atenção primária à saúde, uma vez que pode ocorrer demora no agendamento das consultas e na realização dos exames .(ANDRADE et al., 2013. Tais fatores podem interferir na busca pela atenção primária como porta de entrada para o tratamento diagnóstico da doença.(MIZUHIRA, 2015). Por conta disso, é mais comum utilizarem os serviços de emergência como forma de primeira atendimento. Esse fator também pode ser considerado cultural, uma vez que as pessoas costumam ter uma visão em relação aos serviços de saúde, de que a atenção primária possuem uma baixa resolubilidade. Por essas e outras razões que muitos buscaram primeiro os serviços de emergência antes mesmo de buscar acesso na atenção primária.(PAULA et., Al, 2014).

Outra questão relatada pelos pacientes deste estudo e que corroboram com a literatura, diz respeito ao uso da automedicação, que também está associada a busca tardia por serviços de saúde. Isso ocorre porque automedicação é uma forma recorrida para se obter o alívio dos sintomas, principalmente no que se refere aos sintomas inespecíficos. (TEIXEIRA, 2012) Contudo, ela também contribui para que ocorra um retardamento nessa busca por atendimento em serviços de saúde.(SOUZA et al., 2012), e pode também mascarar ou até agravar uma doença.(TELES et al., 2016). Observa-se que a automedicação é bastante comum principalmente, quando refere-se a pacientes com tuberculose.(COSTA et al., 2012).

Em um estudo realizado no peru observou-se que muitos pacientes com tuberculose consideravam seus sintomas como não sendo graves, e que devido a

isso, poderia ser tratado de forma sintomática por meio de medicações obtidas em farmácias. Desse modo até que os sintomas não se tornassem de fato fortes, de modo que o debilita-se bastante, a procura por diagnóstico não ocorria (PAZ-SOLDAN, 2014).

Diante disso observa-se que a automedicação de fato torna-se algo determinante em relação à busca por atendimento em Serviços de Saúde. Em um estudo realizado no B questão observou-se que a uso de antibióticos sem a devida prescrição médica relacionou-se estatisticamente a demora na busca por cuidados médicos e diagnóstico.(Belkina et al., 2014).

Por essas e outras questões que a utilização da automedicação deve ser algo desestimulado, Principalmente quando é usado para alívio de sintomas, pois no caso da tuberculose, ela pode causar a demora na busca por serviços de saúde, e conseqüentemente, ocasionar o maior tempo no processo desde a realização do diagnóstico até o início do tratamento, algo que pode contribuir para um agravamento do quadro clínico do paciente, que inclusive após isso, pode necessitar de uma hospitalização.(COSTA et al., 2012).

Os resultados desse estudo mostraram que alguns pacientes vivem uma situação bastante insalubre e de pobreza extrema. Um paciente é inclusive, morador de rua e outro vivia em um ambiente fechado, sem janelas, onde havia bastantes ratos . Sabe-se que é comprovada a relação entre a pobreza e a tuberculose e questões como moradia, alimentação e falta de emprego, deixam as pessoas mais vulneráveis a transmissão do bacilo de Koch, causador da doença. Quando as pessoas ficam presas em casas pequenas, úmidas, com pouca ventilação, e muitas vezes não possuem áreas livres próximas de suas casas, pode facilitar a transmissão pelo bacilo de Koch. A desinformação também contribui para essa transmissão.(ENSP, 2007).

Notou-se que todos os pacientes desse estudo relataram sofrer algum tipo de preconceito e estigma por parte de familiares e amigos, devido à sua condição e doença, e por isso muitas vezes, se sentem envergonhados ou se isolam. Notou-se

que o preconceito e a vergonha podem atrapalhar o tratamento da tuberculose. (ENSP, 2007). Em um estudo realizado na zona rural de Bangladesh com pessoas que tinham tuberculose, observou-se que as mulheres são as que mais sentem um estigma do que os homens de modo que elas se sentiam muito mais constrangidas isoladas do meio social e envergonhadas.(KARIM et al., 2007).

As condições de vida da população estão diretamente ligadas ao ocorrência e a transmissão da TB, que são mais elevadas em locais de alta densidade demográfica., infraestruturas precárias de saneamento, moradia, insegurança alimentar, abuso de drogas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Por conta disso o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) classificou como populações mais vulneráveis à infecção os indivíduos em situação de rua, população privada de liberdade (PPL), indígenas e pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). (BRASIL, 2014).

Segundo (BRASIL, 2015), a incidência da TB, na população privada de liberdade é maior do que na população geral, as formas mais resistentes da doença, ainda é mais comum nesse grupo populacional devido ao tratamento inadequado e à detecção tardia. (BRASIL, 2015).

Como pode-se observar no estudo, dois dos 6 pacientes possuem a coinfeção HIV-TB, e de fato a infecção pelo vírus do HIV é um dos principais fatores de risco que favorecem o adoecimento por tuberculose. Assim, mesmo partindo de um foco de infecção primária as pessoas que possuem HIV tem muita chance de evoluir para uma tuberculose ativa ou também pode ocorrer uma reativação da tuberculose latente. A chance de se ter uma reinfeção exógena também é aumentada naqueles que estão infectados pelo HIV. (BRASIL, 2010; RAVIGLIONE, 1992).

Por conta disso a AIDS é um importante fator de risco, que pode levar a óbito os pacientes com tuberculose. Geralmente em coinfectados, a mortalidade ocorre principalmente devido ao diagnóstico tardio.(CORBETT, 2003).

Algo a se ressaltar é que partindo do acompanhamento dos pacientes, notou-se que nenhum deles abandonou o tratamento e que seguiram corretamente todas as orientações médicas em relação ao tratamento, realização de exames e tomada da medicação. Isso demonstra que ao menos em relação a esses pacientes, houve uma total adesão ao tratamento.

Contudo no Brasil, a taxa de abandono do tratamento da tuberculose ainda é muito grande. São apontadas como causas de abandono do tratamento, a acessibilidade, uso de drogas lícitas e ilícitas, baixa escolaridade, a baixa classe econômica, coinfeção e efeitos adversos da medicação.são apontadas como causas da adesão oferta de medicação, consulta em menos de 24 horas, oferta de vale transporte, cesta básica ou vale alimentação. (JUNIOR, 2016).

Para entender as necessidades e dificuldades dos pacientes é preciso olhar com cuidado a natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não-adesão de cada paciente. Pois muitas vezes os motivos da não adesão do tratamento são questões complexas e difíceis de serem entendidas. (REINEIRS, 2008).

Para uma melhor adesão ao tratamento é necessário profissionais qualificados, disponibilidade dos serviços adequados, medicações e auxílios distribuídos em quantidades e duração adequada. (JUNIOR, 2016).

Observou-se neste estudo, que a mulher de um paciente realizava um papel de protagonismo, ao acompanhá-lo em todas as consultas e se comunicar com os profissionais a respeito de todas as questões relacionadas à saúde do marido, como

em relação à exames, consultas, medicação dentre outros.. De fato ela se comunicava bastante e possuía um vínculo bem forte com os profissionais de saúde, enquanto seu marido, que era o paciente, falava bem pouco.

Esse dado foi encontrado na literatura como uma forma da mulher centralizar o cuidado da família. Assim, Oliveira e Romanelli (1998), em um estudo, buscou entender quais eram as consequências da hanseníase para ambos os gêneros. Sugeriram então, que as mulheres recebessem um treinamento para auxiliarem seus familiares no cuidado em relação a prevenção de lesões, medicação, cobrando a assiduidade nos retornos médicos entre outros.

Em um estudo de Pinheiro, (2014), que aborda o itinerário terapêutico de pacientes com tuberculose, demonstrou que a mulher tem um papel de protetora e zeladora da saúde da sua família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo procurou identificar os itinerários terapêuticos realizados por homens e mulheres com tuberculose pulmonar, no sentido de compreender a trajetória do paciente na busca por cuidados até o atendimento na sala da tosse do hospital da região Leste de Brasília-DF, levando em consideração os aspectos sociais, culturais e percepção do atendimento. O uso dessa ferramenta permitiu observar que ainda há uma fragilidade dos serviços de saúde, na condução dos casos e diagnóstico, onde por vezes ocorrem erros, que podem custar a vida dos pacientes, principalmente daqueles que se encontram em estado mais grave, como era o caso de 3 dos seis pacientes acompanhados. Assim, observa-se a necessidade também de se aumentar a sensibilidade no diagnóstico dessa doença, pois se realizado de forma adequada e em tempo oportuno, as chances de se obter a cura e o sucesso do tratamento aumentam bastante.

Observou-se que as condições de pobreza extrema e a vulnerabilidade social além do uso de álcool e outras drogas, além de terem doenças como HIV e terem passado pelo sistema penitenciário contribuiu para que essas pessoas adquirissem essa doença questões essas bastante evidenciadas em estudos científicos.

A pesquisa foi realizada com apenas 6 pacientes devido a limitação de tempo. Para que o estudo possa verificar um panorama maior da situação dos pacientes da tuberculose no SUS seria necessário a ampliação do trabalho.

Diante do cenário brasileiro cabe ressaltar que ocorre um desinvestimento na área da atenção primária, isso gera uma preocupação em relação a qualidade dos serviços prestados aos pacientes com tuberculose, que diante da gravidade dessa doença precisam de cuidados e atenção especial que requerem investimentos em materiais e profissionais qualificados para que não aumente o número de desistências do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MACIEL, E. L. N. Estratégias da agenda pós-2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 423-426, 2016.

PEDROSA, D. M. A. S. Análise espacial dos casos novos de tuberculose por regional de saúde do Distrito Federal, 2003 a 2012.

FONTES, G. J. F. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Brasil no período de 2012 a 2016. 2019

SIQUEIRA, S. M. C. et al. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 179-189, 2016.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4433-4442, 2011.

RODRIGUES, O. M. M. Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose no Distrito Federal (2006 a 2015). 2017

FERNANDES, M. J. B. C. Tuberculose associada à aids: Análise espacial e temporal dos coinfectados no estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

PILLER, R. V. B. Epidemiologia da tuberculose. *Pulmão RJ*, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.

[Http://www.saude.df.gov.br/controle-de-tuberculose-no-df-e-referencia-nacional/](http://www.saude.df.gov.br/controle-de-tuberculose-no-df-e-referencia-nacional/)

Boletim epidemiológico 2019

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Rede pública oferece tratamento contra tuberculose. 2019 Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/rede-publica-oferece-tratamento-para-tuberculose/>>. Acesso em: 08 mai. 2019

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Controle de tuberculose no DF é referência nacional. 2018 Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/controle-de-tuberculose-no-df-e-referencia-nacional/>>. Acesso em: 23. Mai. 2019.

Subsecretaria de Vigilância à Saúde / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO .Março 2019

BANDEIRA, L. B. P. Diagnóstico situacional da assistência farmacêutica básica em Centros de Saúde da Região Leste do Distrito Federal. 2017.

UCHOA, E. VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad. Saúde Pública 1994

KLEINMAN, A. Patients and healers in the context of culture. Califórnia. 1980

PINHEIRO, A. S. de O. et al. Itinerários terapêuticos de usuários com tuberculose: uma perspectiva de gênero. 2014

SOUZA, F. F; ZAMBENEDETTI, G. Percursos de cuidado: pistas sobre itinerários terapêuticos em saúde mental. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 11, n. 4, p. 105-122, 2018.

A reforma da saúde no Distrito Federal: gestão resolutiva e evidências de efetividade. 2019.

CAVALCANTE, D. M. Internações sensíveis à atenção primária: estudo descritivo com foco em doenças infecciosas e validação do sistema de informações hospitalares, no Hospital Regional do Paranoá, Distrito Federal. 2014.

portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 (Brasil, 2011d).

HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre. 1994.

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. Política & Trabalho, n. 42, 2015.

ENSP, 2007

JUNIOR S. G. M. TUBERCULOSE: ADESÃO AO TRATAMENTO E OS FATORES QUE DESENCADEIAM EM ABANDONO. Revista Enfermagem Contemporânea. 2016 jul/Dez;5(2):284-292.

FERREIRA, M. R. L. et al. Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 7, n. 1, p. 63-71, 2018.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p., 2008.

TROSTLE, J. A. Medical compliance as an ideology. 1988

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza .2014

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose: populações vulneráveis. .2015

Manual de Recomendações para o Controle da TB– PNCT/ MS – 2010.

RAVIGLIONE, M. C; NARAIN, J. P; KOCHI, A. HIV-associated tuberculosis in developing countries: clinical features, diagnosis, and treatment. Bull World Health Organ. 1992
70(4):515-26.

CORBETT, E L. et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. Arch Intern Med. 2003;

OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, jan – mar, 1998; 14 (1): 51 -60.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações de triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs). Avaliação por triangulação de métodos

DANTAS, F. N. A. et al. Fatores associados ao atraso na procura por atendimento pelo doente de tuberculose.2018

CECÍLIO, H. P. M. et al. Perfil das internações e óbitos hospitalares por tuberculose. Acta Paul Enferm[Internet. 2013

PAULA, R. et al. Why do tuberculosis patients look for urgency and emergency unities for diagnosis: a study on social representation. 2014

COSTA, P. V, et al. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2010. Cad Saúde Colet[Internet] 2012

BELKINA, T. V,et al. Delay in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in Uzbekistan: a cross-sectional study. 2014

TRIGUEIRO, D. R. S. G, et al. A influência dos determinantes individuais no retardo do diagnóstico da tuberculose. . 2014

ANDRADE, R. P. et al. Tuberculosis diagnosis: primary health care or emergency medical services. 2013

MIZUHIRA, V. F. et al. Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose. 2015

TEIXEIRA, M. D. S. Antibioticoterapia: visão do paciente quanto aos riscos da automedicação, levantamento de dados em uma farmácia de bairro no Município de Araranguá.2012.

SOUZA, K. M. J. et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in prisons: the experience of incarcerated patients. 2012

TELLES, F. et al. Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. 2013

FARGA, V. CARMINEIRO, J. A 2011. Tuberculosis 3a. ed M. P. M. Villasante, org., Santiago de Chile: Mediterráneo.

RIEDER, H. L., 2001. Bases Epidemiológicas do Controle da Tuberculose 01 ed J. M. Carvalho, org., Lisboa: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Direcção Geral da Saúde

BESEN, A et al. Manifestações clínicas, radiológicas e laboratoriais em indivíduos com tuberculose pulmonar: estudo comparativo entre indivíduos HIV positivos e HIV negativos internados em um hospital de referência. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 37, n. 6, p. 768-775, 2011.