

Como eu faço

O essencial na orientação do paciente com tuberculose.

The essential information for tuberculosis patient.

Helio Ribeiro de Siqueira¹, Elizabeth da Trindade de Andrade², Ilda Marques Andrade³, Paulo Roberto Chauver⁴, Domenico Capone⁵, Rogério Rufino⁵, Claudia Henrique da Costa⁵.

RESUMO

Embora a tuberculose seja doença curável, no Brasil ocorrem cerca de 5.000 mortes por ano. A maioria decorre do alcoolismo, do tratamento irregular ou do abandono do tratamento. Muitos destes casos se devem à falta de conhecimento da gravidade da doença e a possibilidade de cura. O doente não esclarecido mais facilmente liga a cura à ausência de sintomas e, assim que melhora, abandona o tratamento. A maior dificuldade do médico, para esclarecer o doente, é ter que transmitir um grande número de informações, em um tempo exíguo de consulta, pelo número de doentes que tem de atender. O objetivo deste artigo é oferecer ao médico que trata o doente com TB um texto escrito em linguagem coloquial, com os principais tópicos de orientação do paciente e que pode ser lido em casa, com a ajuda de um parente, ou ser usado como modelo para palestra em sala de espera.

Descritores: tuberculose; educação em saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis is concerned a curable disease, however in Brazil there are almost 5,000 deaths per year. The majority cases has been associated with alcohol and non-adherence to treatment. The patients have incorrectly correlated the lacking of symptoms with the cure, as consequence they quit the treatment early. This finding has been justified by poor relationship between patients and doctors. One the most difficult issue for doctors is to explain a long list of important points of this disease in an exiguous period of time in consult and their responsibility by attending of a long line of tuberculosis patients in working time. The aim of this article is to offer for doctors who treat tuberculosis patients a written text in colloquial language, containing the main aspects for understanding of tuberculosis, which could be read at home by patients, together with family members, or as a brochure for lecture by health professionals at outside.

Keywords: tuberculosis; health education.

INTRODUÇÃO

Quando um médico atende, pela primeira vez, um paciente com tuberculose (TB) tem que ter em mente que o sucesso terapêutico, o abandono do tratamento e até a multirresistência dependem muito da orientação que se dá a ele. Não obstante ser a TB doença curável e haver ampla rede de postos de

saúde e hospitais que tratam a doença e fornecem medicação gratuitamente, ocorrem no Brasil cerca de 5.000 mortes por ano pela doença.¹ O abandono e a irregularidade do tratamento causam recidivas e resistências e são as principais causas de mortalidade. O alcoolismo é causa importante do abandono do tratamento e a pobreza e a baixa escolaridade

1. Professor Assistente e Chefe do Setor de Tuberculose, da Disciplina de Pneumologia e Tisiologia, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

2. Psicóloga estagiária do Ambulatório de Tuberculose, do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

3. Médica bolsista do Ambulatório de Tuberculose, do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

4. Médico do Serviço de Pneumologia e Tisiologia, do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

5. Professor Adjunto da Disciplina de Pneumologia e Tisiologia, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Não existe conflito de interesse.

Endereço para correspondência: Helio Ribeiro de Siqueira. Rua Pontes Correa, 38/501, Tijuca, CEP: 20510-050, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Telefones: (21) 2208 0015 / (21) 8894 3878, e-mail: drhelio@infolink.com.br.

Recebido em 02/03/2008 e aceito em 28/03/2008, após revisão.

contribuem para a não valorização da saúde.^{2,3} O risco do doente com TB é considerar a doença sem gravidade, até pela dificuldade em entender as explicações do médico, algumas vezes transmitidas em “medicalês” – linguagem que o doente não entende. Na realidade, existe sempre diferença, maior ou menor, entre o que o médico diz e o que o doente entende e isto é um problema universal.⁴ No caso da TB, a maior dificuldade para o médico é ter que transmitir um grande número de informações, em um tempo exíguo de consulta, pelo número de doentes que tem de atender. A resultante é um paciente que não adquire a noção da gravidade da doença e, mais facilmente, liga a cura à ausência de sintomas de modo que, assim que melhora, abandona o tratamento. Este assunto se reveste de maior importância se considerarmos o Artigo 59, do Capítulo V, do Código de Ética Médica que diz: “É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano...”⁵

Em TB, existem diferenças de atendimento ambulatorial, em relação às outras doenças. O doente que falta prenuncia o problema do abandono. As questões sociais estão mais presentes e a relação médico-paciente baseia-se em três pontos principais, conforme o Quadro 1.⁶

Quadro 1 – Principais pontos na relação médico-paciente.

1. A informação sobre a doença, que se dá ao paciente, é tão importante quanto a medicação que se fornece.
2. O doente tem que estar perfeitamente informado que sua doença é grave, pode ser transmitida aos familiares, levar à destruição pulmonar e até à morte e produzir resistência do bacilo, se não houver aderência ao tratamento. Mas é perfeitamente curável, se a medicação for tomada regularmente (Código de Ética Médica, Art. 59).
3. A empatia do médico e dos demais profissionais de saúde para com o doente tem enorme importância para a aderência ao tratamento.

O objetivo deste artigo é oferecer ao médico que trata o doente com TB um texto escrito em linguagem coloquial, que pode ser fornecido ao paciente para ser lido em casa, reforçando as informações dadas durante a primeira consulta. O texto pode ser modificado ou adaptado no computador e, para isso, oferecemos cópia pela Internet, conforme o e-mail do autor. A numeração dos parágrafos visa facilitar a análise do texto durante a discussão e não consta da cópia que será enviada. Consideramos o assunto em pauta tão importante que deveria constar de toda aula sobre o tratamento da TB e de todo manual sobre a doença.

TEXTO QUE DEVE SER FORNECIDO AO PACIENTE

Para melhor visualização, usar fonte do tipo Arial, e letra de tamanho 12 (o texto ocupa duas páginas).

Informações Importantes sobre a Tuberculose

Escreva aqui o nome da unidade de atendimento

Prezado(a) Cliente.

Leia com muita atenção as explicações sobre **Tuberculose!** Convide um familiar para ler com você estas explicações e ajudar no seu tratamento.

1. A tuberculose é uma doença grave, produzida por um bacilo (micróbio) que destrói o pulmão (ou outros órgãos), que pode se transmitir para os familiares e provocar a morte. **Mas que tem cura, se o doente tomar os remédios corretamente e pelo tempo necessário.** Hoje em dia, **só morre de tuberculose quem quer!** Os remédios são dados pelo Governo, o atendimento médico é de graça, logo, **tomar os remédios e viver ou “bagunçar” o tratamento e morrer é uma escolha do doente. Escolha a vida!**

2. O tratamento mínimo é de 6 (seis) meses. **Mas só o médico é que vai dizer quando o doente está curado e pode ter alta.** Preste bastante atenção no número de comprimidos que tem que tomar. Náuseas são comuns no início do tratamento e logo passam. Mas se ocorrerem reações mais intensas, volte ao médico, mesmo se não tiver consulta marcada. Urina e todas as secreções orgânicas ficam amareladas por causa de um dos remédios (rifampicina) e isto é normal.

3. A partir do primeiro mês de tratamento, a tosse e a febre desaparecem. Depois do segundo mês, o doente passa a engordar e a se sentir bem. **É aí que mora o perigo! Ele pensa que já está curado e pára de tomar os remédios.** O resultado é que a doença volta mais forte, algumas vezes com resistência, e tudo tem que começar novamente, com aumento do número de remédios. **O tempo de tratamento da tuberculose é muito importante e não apenas os sintomas.** A maior parte do tempo de tratamento **o doente vai passar sem sentir nada, mas ainda não está curado.** Se abandonar os remédios a doença volta!

4. Toda doença aproxima a pessoa de Deus. Rezar é muito bom. Mas Deus usa os Ministros Religiosos para curar a alma e usa os Médicos para curar o corpo. **Não confunda as coisas!** Não pare de tomar os remédios acreditando em curas milagrosas!

5. Não vá atrás de opiniões de vizinhos ou parentes. Se tiver qualquer dúvida pergunte ao seu médico. Se surgir algum problema em sua vida, continue o tratamento. Se você parar os remédios por causa do problema, não vai solucioná-lo e vai ficar com mais um, sua doença vai piorar e o tratamento vai ser mais difícil.

6. **Um dos remédios (rifampicina) pode tirar o efeito da pílula para evitar a gravidez.** A mulher que toma pílula tem que procurar orientação de seu médico.

7. Banho frio, água gelada, chuva não alteram a doença. O cigarro não altera a doença, mas faz muito mal ao pulmão. **Se for possível,** aproveite para parar de fumar.

Se você usa bebidas alcoólicas todos os dias, isto faz mal à saúde. **Se não consegue parar de beber, converse com seu médico.** Não tomar os remédios por causa da bebida **é suicídio.**

8. Sua alimentação não precisa ser reforçada. O ovo é uma fonte de proteína boa e barata. Coma um ovo todos os dias e não se preocupe com o colesterol, se ele for normal. Vitaminas não fazem bem ou mal.

9. Muitas vezes, o escarro é POSITIVO nos primeiros 15 a 30 dias de tratamento. Se for este o seu caso, sempre que tossir, proteja a boca com lenço ou papel. **A doença só se transmite pelo ar, pela tosse.** Não é preciso separar garfo, faca, copo ou toalha. Não é necessário se separar dos familiares com que já vivia anteriormente. Quando a tuberculose é descoberta, já teve tempo de contaminar os parentes. As pessoas que vivem na mesma casa devem comparecer ao Posto de Saúde próximo de casa, para exames e observação. Evite novos contatos e ambientes fechados ou aglomerações, no primeiro mês de tratamento, **se o escarro for positivo.** Em relação à vida sexual, se você já vivia com seu marido ou sua mulher, e se sente bem, não há restrição.

10. Sua doença só interessa a você e à sua família. Contar o nome de sua doença no trabalho ou na escola pode lhe trazer problemas de rejeição. A quem perguntar, diga que está com infecção respiratória.

11. Trabalhar ou não trabalhar não faz diferença para a cura da tuberculose. Se você está com **escarro positivo**, ou se sente fraco e sem disposição, entre de licença. Se for estudante, não vá às aulas até que o médico permita. Converse com seu médico e com o setor de Assistência Social para melhor orientação. Se não houver condição de licença, e havendo necessidade de trabalhar por falta de dinheiro, trate-se com responsabilidade e trabalhe! **Lembre-se sempre de proteger a boca quando tossir.**

12. Se você precisa de uma cesta básica para complementar sua alimentação, converse com seu médico. Durante seu tratamento, volte sempre ao ambulatório no dia marcado. Traga sempre os RX e as receitas anteriores. Lembre-se – **o médico é que vai lhe dar alta.** Após a cura, guarde sempre todas as suas radiografias do pulmão. O médico vai precisar delas para comparar com as novas.

Trate-se corretamente e vença esta doença. Não deixe que ela vença você!!!

DISCUSSÃO SOBRE O TEXTO OFERECIDO AOS PACIENTES

Existem pontos polêmicos na apresentação acima, mas a realidade tem que ser encarada sem eufemismos e o doente orientado adequadamente para tomar atitudes de cura. A empatia da equipe de saúde é fundamental para o êxito do tratamento, como demonstrou Dalcolmo⁷ em sua tese de doutoramento pela Universidade Federal de São Paulo.

O texto começa exortando a uma leitura atenta. Em seguida, sugere o auxílio de um familiar para cuidar do tratamento – e o doente analfabeto vai precisar deste auxílio - que, basicamente, consiste em vigiar as

tomadas diárias dos medicamentos e até dar a medicação para o doente tomar. Em nosso Serviço chamamos isto de “DOT familiar” (tratamento diretamente observado em que um familiar observa o doente tomar a medicação) e incentivamos o acompanhamento de um familiar às consultas, para também receber esclarecimentos. Em nosso ambulatório, os pacientes (e acompanhantes) usam, na sala de espera, máscaras cirúrgicas, para evitar a contaminação do ambiente pela tosse (além do sistema ventilador-paciente-janela).

O parágrafo 1 inicia relatando o fato que a TB é uma doença grave. Esta afirmação produz impacto psicológico no paciente.⁸ Quando não produz, significa que o doente acha a doença de pouca importância e isto já é um indício da possibilidade do abandono do tratamento. A seguir, o impacto é aliviado com a possibilidade de cura, se houver aderência ao tratamento e a “escolha da vida”.

O parágrafo 2 reforça o conceito que TB também é “tempo de tratamento”. Fala sobre a possibilidade de efeitos colaterais e informa sobre a cor da urina e de secreções, pelo uso da rifampicina.⁹

No parágrafo 3, é abordada a dualidade sintoma-doença em que, para muitos, o desaparecimento do primeiro significa a cura da segunda. Em TB, esta confusão pode ocorrer, é desastrosa e explica a grande incidência de abandono após o segundo mês de tratamento.

O parágrafo 4 refere-se à transcendência da pessoa na procura de Deus, quando doente. O risco está na crença de uma cura milagrosa, prometida por certas religiões, e no abandono do tratamento, com consequências desastrosas.

O parágrafo 5 justifica-se pela freqüência de “palpites” que o doente ouve de vizinhos e parentes. Vários pacientes que abandonam o tratamento dão a desculpa de um problema maior na vida. Acabam ficando com dois.

O parágrafo 6 remete a um assunto muito importante. Se o médico esquece este aviso, pode se tornar o causador (involuntário) de uma gravidez indesejada, quando trata uma mulher em idade fértil. Também existe o “risco” de esclarecer a mulher sobre este assunto, quando ela já está na menopausa!

No parágrafo 7 são citadas as crenças comuns na população, mais em relação à gripe ou pneumonia, que se generalizam para a TB. A seguir são referidos os dois grandes vícios da civilização. Devemos sempre lembrar que o vício é um “outro ego”, controla inteiramente a vontade do indivíduo e não é apenas falta de vontade. O tabagismo (ou o uso de drogas ilícitas) produz outras doenças no pulmão (ou em outros sistemas) e o doente deprimido pela presença da TB pode ter maior necessidade de fumar. Colocar em contraposição o tratamento da TB pode fazer com que o dependente prefira continuar fumando! O alcoolismo é um sério problema para o doente e para o médico e é uma das grandes causas de abandono do tratamento e morte por TB.²

Dizer ao paciente viciado para parar de beber e acreditar que isso ocorra é não entender a força do vício (embora “milagres” ocorram). É mais fácil o doente parar os remédios e morrer de TB! Aqui o auxílio de um familiar para manter a adesão ao DOT(S)^{10,11} ou ao “DOT familiar” é fundamental, mesmo se o doente permanecer bebendo. É claro que muitos destes pacientes já têm lesão hepática, mas o médico sabe tratar TB em hepatopatas.⁹ O uso moderado de bebida alcoólica (uma ou duas latinhas de cerveja) em fins de semana, para os que bebem apenas socialmente (esta afirmação não vale para viciados na luta para deixar de beber), pode ser permitido, com a ressalva de não parar de tomar os remédios. Esta afirmação não foi colocada nas informações dadas ao doente para não produzir exageros.

No parágrafo 8 o paciente é informado de que não é preciso forçar uma super alimentação ou tomar vitaminas (conceito arraigado na população).

O parágrafo 9 toca no problema de desagregação da família,⁸ quando do diagnóstico da TB na falta orientação médica. Utensílios são separados e o doente se separa dos demais familiares, principalmente de crianças, com os quais vivia até ser diagnosticada a doença. Uma das características da TB é a evolução lenta até o diagnóstico. Quando ele ocorre, já houve tempo suficiente de contaminar os familiares, nos casos de BAAR positivo no escarro. A medicação negativa o escarro em duas a três semanas (somos otimistas em considerar o bacilo sensível). A maneira correta de tossir e a casa arejada e ensolarada são medidas adicionais de cuidados. Novos contatos com outras pessoas, ambientes fechados ou aglomerações devem ser evitados. Em relação à vida sexual, as informações nos parecem claras. Se marido e mulher já viviam juntos

antes, não é o “diagnóstico da TB” que vai produzir a transmissão da doença.

O parágrafo 10, embora curto, nos parece ser o mais polêmico. Existe, no subconsciente coletivo, um forte preconceito sobre a TB. Qualquer tosse, em um caso curado de TB que volte a trabalhar, pode ser causa de medo e de rejeição. A Ética Médica protege o sigilo do diagnóstico e o doente, assim como o médico que o trata, não está obrigado a comunicar o diagnóstico no local de trabalho ou na escola. No atestado médico, para fins de afastamento do trabalho ou da escola, não pode constar o diagnóstico ou o CID da doença, a não ser que seja para outro médico, que tem que guardar sigilo. Cabe ao médico do trabalho, ou ao setor de epidemiologia do Município, orientar os contatos, uma vez que o doente pode ser localizado através da notificação compulsória.

O parágrafo 11 trata da relação tuberculose – trabalho. O doente desempregado, o que é muito comum em TB, não tem direito a auxílio doença e necessita trabalhar na informalidade, para não morrer de fome, mesmo com BAAR positivo no escarro! Repouso e alimentação reforçada são coisas do passado. A TB é uma doença social.¹² Se o Governo desse aos doentes necessitados uma cesta básica, uma “bolsa TB”, a aderência ao tratamento seria bem maior! Não havendo esta possibilidade no local de tratamento, o paciente pode ser orientado a procurar um serviço assistencial voluntário que supra essa necessidade.

Esperamos que o texto seja útil como complementação da orientação médica. O mesmo pode, ainda, ser um guia para consultas de enfermagem ou palestras em sala de espera, quando a linguagem se torna mais acessível ao paciente e sem “medicalês”.

REFERÊNCIAS

- Hijjar MA, Procópio MJ, Freitas LMR, Guedes R, Bethlem EP. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão RJ* 2005;14(3):310-4.
- Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Sallustiano A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2001;9(6):368-74.
- Oliveira HB, Moreira Filho DC, Recidivas em tuberculose e seus fatores de risco. *Rev Panamer Salud Publica* 2000;7(4):62-7.
- Allen CE, Kinding D, Parker RM, Roter DL, Assuring quality care for people with limited health literacy . <http://www.medscape.com/viewarticle/569201> Acessado em 25/01/2008.
- Código de Ética Médica. CREMERJ, 2007, p.25.
- Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005. p.191-200.
- Dalcolmo MMP. Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução do abandono no tratamento da tuberculose no Brasil [tese] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo;2000.
- Siqueira HR, Costa LM, Costa AA, Andrade ET, Andrade IM, Motta RM. O impacto psicológico e social do diagnóstico da tuberculose, 45º Congresso Científico do HUPE (UERJ). Agosto de 2007.
- Siqueira HR. Tratamento da tuberculose. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2006;julho/dezembro:96-104.
- World Health Organization. The five elements of DOTS. <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/print.html>. Acessado em 25/01/08.
- Gazzeta CE, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, Oliveira MRC, Villa TCS. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998 – 2003). *J Bras Pneumol* 2007;33(2):192-8.
- Lima AL, Souza FBA, Ferreira GL. Tuberculose: atitude do cliente frente a doença. *Bol Pneumol Sanit* 2005;13(2):83-90.