



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

EDUARDA LETICIA PEDROSA ARAÚJO

**CARACTERÍSTICAS PESSOAIS, ECONÔMICO-SOCIAIS E DE SAÚDE-
DOENÇA DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE**

**CAMPINA GRANDE – PB
2015**

EDUARDA LETICIA PEDROSA ARAÚJO

**CARACTERÍSTICAS PESSOAIS, ECONÔMICO-SOCIAIS E DE SAÚDE-
DOENÇA DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

CAMPINA GRANDE – PB
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A658c Araújo, Eduarda Leticia Pedrosa.
Características pessoais, econômico-sociais e de saúde-doença dos pacientes com tuberculose [manuscrito] / Eduarda Leticia Pedrosa Araújo. - 2015.
27 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.
"Orientação: Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Departamento de Enfermagem".

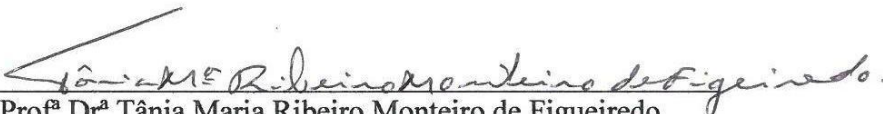
1. Tuberculose. 2. Perfil social. 3. Saúde Pública. I. Título.
21. ed. CDD 616.995

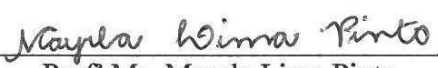
EDUARDA LETICIA PEDROSA ARAÚJO

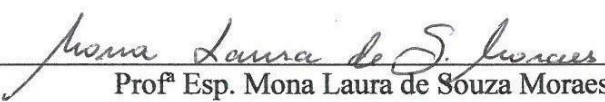
**CARACTERÍSTICAS PESSOAIS, ECONÔMICO-SOCIAIS E DE SAÚDE-
DOENÇA DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 19 / 06 / 2015.


Prof^ª Dr^ª Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Orientadora


Prof^ª Ms. Mayrla Lima Pinto
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
Examinadora 1


Prof^ª Esp. Mona Laura de Souza Moraes
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Examinadora 2

A minha avó Zezita (*in memoriam*), pela
confiança, amor, força e presença, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmão e tios pela dedicação e pela a força que me deram durante essa jornada.

À minha avó Zezita (*in memoriam*), embora fisicamente ausente, em nenhum momento saiu do meu lado.

À Yohana por ter ficado comigo em todos os momentos, com a paciência necessária para me manter calma e por segurar minha mão quando eu quis desistir.

À professora Tânia Ribeiro pelas orientações e pela dedicação.

À professora Mayrla Lima Pinto por muitas vezes ter me mostrado as ferramentas necessárias para chegar a essa conquista.

As minhas amigas-irmãs Hayla, Suiany, Nadinne, Mylena e Franciely pela amizade, carinho e amor que sempre dedicaram a mim.

Ao meu grupo de pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde CNPq/UEPB que contribuíram ao longo desses meses para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas de classe pelos momentos de apoio e amizade.

ARAÚJO, Eduarda Leticia Pedrosa. **Características pessoais, econômicas, sociais e de saúde-doença dos pacientes com tuberculose**. 2015. 27p. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2015.

RESUMO

Introdução: A Tuberculose é considerada como a doença infecciosa que mais provoca óbitos mundialmente. Assim, faz-se necessário identificar os grupos que mais adoecem, observando características pessoais, econômico-sociais e de saúde doença. **Objetivo:** identificar as características de saúde-doença e econômico-sociais, dos doentes com tuberculose notificados no município de Campina Grande/PB. **Metodologia:** Estudo descritivo-exploratório, com recorte transversal, de abordagem quantitativa. A população do estudo é constituída por 39 pacientes com Tuberculose diagnosticados em Campina Grande/PB, no período de setembro de 2014 à fevereiro de 2015. Foram utilizadas as características pessoais, econômico-sociais e de saúde-doença. A análise dos dados compreendeu resultados descritivos. Os dados foram avaliados considerando os valores das distribuições de frequências absoluta e relativa. **Resultados:** Obteve-se predominância do sexo masculino (61,54%), da faixa etária entre 18-39 anos (41,02%) e 40-59 anos (41,02%); escolaridade de 8 a 11 anos de estudo (28,20 %); 76,92% encontravam-se sem exercer atividade de trabalho; 55,55% dos que trabalhavam eram contribuintes; 58,97% afirmaram que a renda familiar era insuficiente para saúde e 46,50% relataram que a renda não é suficiente para a educação. Dos sujeitos, 38,44% recebiam algum tipo de incentivo. A forma clínica predominante foi a, pulmonar (71,79%); 26,32% apresentavam diabetes como comorbidade. 61,54% realizavam o tratamento diretamente observado. **Conclusão:** Os achados possibilitaram conhecer as características dos doentes com TB, observando a atual necessidade de incentivos, tendo em vista o caráter social da doença, como também uma maior orientação sobre a importância do TDO, para isso faz-se necessário melhor preparo dos profissionais de saúde, visando um atendimento integral que venha a contribuir com as necessidades apresentadas pelos doentes.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. Condições Sociais. Saúde Pública.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	11
2.1 Tipo de estudo.....	11
2.2 Cenário de estudo.....	11
2.3 Variáveis do estudo.....	11
2.4 População.....	12
2.6 Coleta de dados.....	12
2.7 Análise dos dados.....	12
2.8 Aspectos éticos.....	12
3 RESULTADOS.....	12
4 DISCUSSÃO.....	15
5 CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICES	24

APRESENTAÇÃO

Este estudo é parte do plano de trabalho desenvolvido no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), da Universidade Estadual da Paraíba. O projeto tem como título **“Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil”** de caráter cooperativo, aprovado pelo **Edital 01/2014 – PRPGP/UEPB**. Foi desenvolvido com apoio do Grupo de Pesquisa em Avaliação de Serviços de Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) cadastrado no CNPq, coordenado pela Prof^a Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, lotada no Departamento de Enfermagem da UEPB, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas- NEPE/UEPB e Professora do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Saúde Pública da UEPB.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece neste milênio como problema de saúde pública, sendo considerada como a doença infecciosa que mais provoca óbitos mundialmente. Sua incidência é maior em áreas de grande concentração populacional e precárias condições socioeconômicas e sanitárias (WHO, 2014). Esta característica social resulta da interação de vários fatores, como renda familiar baixa, educação precária, habitação ruim ou inexistente, famílias numerosas, desnutrição alimentar, hábitos de vida, doenças associadas entre outros (BRASIL, 2008).

Assim, populações socialmente desfavorecidas e marginalizadas são atingidas de forma intensa e desproporcionada pela TB, assumindo, desta forma, uma relação bidirecional, pois tanto a pobreza pode estar relacionada às condições precárias de saúde, como estas podem produzir a pobreza, limitando as oportunidades de trabalho e de subsistência (SANTOS et. al., 2007).

Apesar de atingir todos os segmentos da sociedade e grupos etários, é predominante em indivíduos adultos jovens do sexo masculino, economicamente ativos, o que gera impacto negativo na vida dos usuários, dentre eles, o afastamento do trabalho, fonte de sustento e representação de independência, fazendo com que haja um sentimento de inutilidade e dependência financeira, e com isso o paciente muitas vezes sente-se obrigado a abandonar o tratamento (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010; DE QUEIROZ et. al., 2012; DE QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; SANTOS et. al., 2007).

Na tentativa de favorecer a adesão e sucesso do tratamento, fazendo com que o doente alcance a cura, foi lançada a Estratégia *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)*, composta por cinco pilares: compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico por exames bacteriológicos de qualidade; tratamento diretamente observado (TDO) e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; e sistema de monitoramento e avaliação ágil para monitoração dos casos, desde a notificação até o encerramento (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014a).

Em relação ao TDO, uma das estratégias recomendadas mundialmente para alcançar o controle da doença, sobretudo em países em desenvolvimento, o profissional de saúde é treinado e passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a cura. Logo, o reconhecimento dos fatores associados à ocorrência de

tuberculose expõe a complexidade do problema e a necessidade de estabelecerem-se novas estratégias para o seu enfrentamento (DE QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; PINHEIRO et. al., 2013).

Também tem papel importante no surgimento de novos casos da doença, a competência imunológica do hospedeiro. As comorbidades são, reconhecidamente, fatores de risco para a ocorrência de formas clínicas mais graves e de difícil diagnóstico, havendo maior risco de adoecimento em indivíduos que vivem com o vírus da imunodeficiência adquirida – HIV, portadores de outras doenças crônicas ou pessoas em tratamentos imunodepressores ou imunossupressores, menores de 2 anos de idade ou maiores de 60 anos e/ou desnutridos (GONÇALVES; CAVALINI; VALENTE, 2010; BRASIL, 2014a).

A infecção por HIV é o maior fator de risco conhecido para o desenvolvimento de tuberculose ativa. Pessoas com HIV/Aids têm alto risco de progredir para tuberculose ativa a partir de um foco de infecção primária, assim como por meio da reativação da tuberculose latente (PILLER, 2012).

O alcoolismo, o abuso de drogas ilícitas, o tabagismo, assim como a coinfeção pelo HIV, é importante indicador para o risco de gravidade da doença. Os problemas acima citados levam à queda da imunidade, desnutrição, fragilidade social, exposições a situações de risco, e a maior chance de abandono (SANTOS et. al., 2012; PILLER, 2012; HINO et. al., 2011).

A enfermagem é a primeira que entra em contato com pessoas infectadas, ficando exposta a contrair essa doença. O risco aumenta quando existem condições insuficientes de proteção individual e coletiva, de políticas de trabalho ineficientes, de desorganização dos trabalhadores da saúde e de baixa qualificação técnica do pessoal de saúde (OBLITAS et. al., 2010).

Diante do exposto, há necessidade de investimentos na qualificação dos serviços de saúde, na capacitação dos recursos humanos para as atividades de vigilância e reconhecimento de características que evidenciem o perfil de casos suspeitos de tuberculose, avaliação e controle, de modo a ampliar a capacidade de diagnóstico por meio da baciloscopia, promover a cura, intensificar a busca do sintomático respiratório e dos contatos/comunicantes dos pacientes. Com isso, surge a necessidade que se conheça melhor a população acometida pela enfermidade (BRASIL, 2001).

A compreensão das características pessoais, econômico-sociais e de saúde-doença dos doentes com TB é imprescindível, pois permite identificar os grupos mais

vulneráveis e prevalentes ao adoecimento por TB para assim fornecer subsídio científico para contribuir no aprimoramento das políticas de controle da TB, e na melhoria da assistência aos doentes, através da identificação da realidade deste público. O estudo tem como objetivo, identificar as características de saúde-doença e econômico-sociais, dos doentes de tuberculose notificados no município de Campina Grande/PB.

2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com recorte transversal, de abordagem quantitativa.

2.2 Cenário de estudo

O município de Campina Grande localiza-se no Agreste Paraibano, é o segundo maior município do estado da Paraíba, possui uma rede de serviços de saúde distribuída em Distritos Sanitários e, por sua vez, em Unidades de Equipes Saúde da Família, abrangendo uma área total de 594,182 km² e uma população de 385.276 habitantes. É um dos três municípios prioritários no combate à tuberculose no estado (BRASIL, 2011).

As ações de controle da TB são desenvolvidas por 94 equipes de saúde da família, 01 Ambulatório de Referência em TB e 06 Centros de Saúde.

2.3 Variáveis do estudo

As variáveis e categorias do estudo referem-se às:

- Características pessoais: sexo, idade e escolaridade;
- Econômico-sociais: exposição, ocupação, renda;
- Saúde-doença: forma clínica, tipo de tratamento e presença de comorbidades.

2.3 População

A população do estudo foi constituída de doentes diagnosticados com tuberculose na cidade de Campina Grande/PB. A amostra compreendeu 39 doentes com TB, residentes em Campina Grande/PB, diagnosticados no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. Foram adotados como critérios de inclusão: doentes com idade igual ou maior que 18 anos; residentes no local de estudo e que tinham capacidade de comunicação verbal e compreensão preservadas. Foram excluídos aqueles doentes que, no período da coleta de dados, estiveram em reclusão no sistema prisional.

2.4 Coleta de dados

Ocorreu no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, utilizando um instrumento semiestruturado contendo dados primários e secundários. Para obtenção dos dados primários foi realizada entrevista com os doentes com TB. Os dados secundários foram coletados das fichas de notificação, prontuário, fichas de acompanhamento do TDO e do Sistema de Informação de Agravos e Notificações, (SINAN).

2.5 Análise dos dados

As variáveis foram armazenadas em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2007* e, posteriormente, transferidas para a tabela de entrada de dados do *Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*. A análise dos dados compreendeu resultados descritivos. Os dados foram avaliados considerando os valores das distribuições de frequências absoluta e relativa.

2.6 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB, número do CAEE 37254714.0.2001.5187 atendendo às orientações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos no Brasil.

3 RESULTADOS

Houve destaque para o sexo masculino com faixa etária predominante de 18 a 59 anos, com 8 a 11 anos de estudo (Tabela 1).

Tabela 1 – Características pessoais dos casos de Tuberculose, Campina Grande/PB, 2014-2015.

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Masculino	24	61,54
Feminino	15	38,46
FAIXA ETÁRIA		
18-39	16	41,02
40-59	16	41,02
60 ou mais	07	17,94
ESCOLARIDADE (EM ANOS DE ESTUDO)		
Nenhum, 1 a 3	07	17,94
4 a 7	07	17,94
8 a 11	11	28,20
12 +	05	12,83

Fonte: Projeto PIBIC, “Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil” CNPq/UEPB 2014/2015

Em relação à atividade de trabalho, a maioria encontrava-se sem ocupação no momento, 44,44% dos que trabalhavam, eram contribuintes. (Tabela 2).

Tabela 2 - Condições ocupacionais dos doentes com tuberculose, Campina Grande/PB, 2014-2015.

VARIÁVEIS	N	%
ATIVIDADE DE TRABALHO NO MOMENTO		
Não	30	76,92
Sim	09	23,07
TIPO DE OCUPAÇÃO		
Do lar contribuinte	01	11,11
Empregado contribuinte	03	33,33
Empregado não contribuinte	05	55,55

Fonte: Projeto PIBIC, “Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil” PIBIC CNPq/UEPB 2014/2015

Quando questionados sobre a renda, um número considerável declararam que esta era insuficiente para comer, assim como, para o transporte e moradia. Mais da

metade afirmaram que a renda era insuficiente para saúde e educação. Quanto ao recebimento de algum incentivo, apenas 38,44% afirmaram serem contemplados. (Tabela 3).

Tabela 3 – Condições de renda e incentivo dos doentes com tuberculose, Campina Grande/PB, 2014-2015.

VARIÁVEIS	N	%
RENDA FAMILIAR, SUFICIENTE PARA		
Comer		
Não	11	28,21
Sim	28	71,79
Transporte		
Não	22	56,41
Sim	17	43,58
Morar		
Não	10	25,65
Sim	29	74,35
Vestir		
Não	14	35,90
Sim	25	64,10
Lazer		
Não	25	64,10
Sim	14	35,90
Saúde		
Não	23	58,97
Sim	16	41,02
Educação		
Não	18	46,15
Sim	16	41,02
OUTRAS RENDAS		
Nenhuma	24	61,53
Bolsa família	12	30,76
Incentivo financeiro social para doença	02	5,12
Incentivo para transporte	01	2,56

Fonte: Projeto PIBIC, “Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil” PIBIC CNPq/UEPB 2014/2015

Houve prevalência de doentes diagnosticados com a forma clínica pulmonar. A maioria afirmou realizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO). (Tabela 4).

Tabela 4 – Características de saúde-doença dos doentes com Tuberculose. Campina Grande/PB, 2014-2015.

VARIÁVEIS	N	%
FORMA CLÍNICA DA TB		
Pulmonar	28	71,79
Extrapulmonar	08	20,51
Miliar	02	5,13
NS/NR	01	2,56
TIPO DE TRATAMENTO		
Tratamento Diretamente Observado	24	61,54
Auto administrado	15	38,46

Fonte: Projeto PIBIC, “Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil” PIBIC CNPq/UEPB 2014/2015

Quando se tratando da presença de comorbidades, 48,71% relataram possuí-las, sendo diabetes mellitus como a mais apresentada, seguida pelo HIV/AIDS e alcoolismo (Tabela 5).

Tabela 5 – Comorbidades apresentadas pelos doentes com tuberculose, Campina Grande/PB, 2014-2015.

VARIÁVEIS	N	%
CORMOBIDADES		
Não	20	51,28
Sim	19	48,71
HIV	1	5,26
Diabetes	5	26,32
HIV e diabetes	1	5,26
HIV e álcool	1	5,26
Álcool e drogas	1	5,26
Drogas	1	5,26
Transtornos mentais	1	5,26
Outras	8	42,11

Fonte: Projeto PIBIC, “Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil” PIBIC CNPq/UEPB 2014/2015

4 DISCUSSÃO

O presente estudo corrobora com dados já publicados em que é observado que há uma prevalência da TB em indivíduos do sexo masculino na fase jovem-adulto (BELO et. al., 2010; QUEIROZ, 2008). Esta maior concentração pode estar relacionada a fatores socioeconômicos e culturais que designam o homem como membro responsável pelo sustento familiar fazendo com que ele fique exposto a maiores situações de risco, chegando ao adoecimento, quando comparados às mulheres (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010; BELO et. al., 2010; CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011; PILLER, 2012; SANTOS et. al., 2012).

Apesar de estudos evidenciarem que a TB acomete principalmente os homens, segundo a OMS, a tuberculose é uma das principais causas de morte de mulheres em todo o mundo, elas também enfrentam maior estigmatização e discriminação devido à TB do que os indivíduos do sexo masculino que pode agravar muito a sua insegurança social e econômica (WHO, 2015).

A determinação social é uma das características da doença, o que se comprova pela baixa escolaridade na maioria dos casos e pelo acometimento da TB na parcela da população menos favorecida economicamente, evidenciando, a vulnerabilidade social, pois a baixa escolaridade pode influenciar os indivíduos na obtenção de informações acerca da doença, assim como, o acesso a informações de maneira geral e, por que não mencionar, o acesso à qualidade de vida (SANTOS et. al., 2012; PAIXÃO; GONTIJO, 2007; DE QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

As mudanças na complexa situação global de saúde estão ocorrendo em um contexto no qual a força de trabalho não está preparada para enfrentá-las, é observado que falta em muitos profissionais de saúde um maior envolvimento, sensibilização, conscientização e habilidade técnica. Programas de saúde específicos como o da TB, reconhece que o controle da doença ainda não foi alcançado devido a deficiência quantitativa na força de trabalho em saúde. Outro aspecto que interfere na incorporação do controle da TB é a qualificação dos profissionais, sendo assim, a capacitação em TB assume um importante papel e deve garantir a compreensão da doença e seus condicionantes, bem como, de instrumentos e tecnologias utilizadas para sua prevenção e controle, visto que, o doente que chega ao serviço, na maioria dos casos, busca maiores orientações acerca da doença devido a um baixo grau de instrução (MONROE et. al., 2008).

A forma pulmonar foi a predominante nos achados desse estudo e corroboram com outras pesquisas já realizadas nacionalmente (BRASIL, 2014a). Por exercer grande

influência na magnitude e transcendência da TB, e por ser a principal forma de transmissão da doença à comunidade, faz necessário que haja uma detecção precoce dos casos e conseqüentemente a diminuição dessa cadeia de transmissão (COELHO et. al., 2010; HINO et. al., 2011).

Apesar da maioria dos doentes possuírem a forma pulmonar da doença, o perfil dos doentes com tuberculose extrapulmonar (TBEX) não difere do encontrado. Estudo realizado em Campina Grande evidenciou que a TBEX também afeta mais os homens, com baixo nível escolar e pouca renda. Há maior incidência de TB extrapulmonar ganglionar seguido de pleural, visto que são locais que possuem altas concentrações de oxigênio (BARROS et. al., 2014).

O TDO é de significativa importância para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e familiares e fortalecimento da adesão ao tratamento quando comparados aos doentes que não tem acesso a essa modalidade de tratamento. Esse é um importante instrumento para aumentar a taxa de cura, é visto que as pessoas que realizam o TDO chegam a cura em mais da metade dos casos, como também diminui a resistência aos medicamentos e a taxa de abandono (CRUZ et. al., 2012; BRASIL, 2011). Assim, o presente estudo evidenciou que há necessidade de maior estímulo em relação a esta modalidade, é preciso beneficiar mais pacientes.

A renda é um indicador social importante no estabelecimento das condições de vida do indivíduo. É observado que ter renda menor do que meio salário mínimo por membro da família foi associado ao relato de tuberculose, pois a baixa renda dificulta uma melhor qualidade de saúde, de alimentação, educação e outros. A privação e as barreiras de acesso a recursos básicos constituem um dos fatores mais importante para a ocorrência da doença (PINHEIRO et. al., 2013).

A sintomatologia da doença depende em sua maioria do tipo de forma clínica, mas gera no indivíduo acometido, um estado de debilidade capaz de afastá-lo das atividades laborais, aumentando assim a sua situação de pobreza. Situação esta que pode influenciar diretamente na adesão ao tratamento, principalmente, na modalidade diretamente observada. Logo, um dos elementos que podem motivar o doente a dar seguimento à terapêutica proposta é o oferecimento de incentivos sociais (cesta básica, vale-transporte, auxílio-doença, etc.) (SANTOS et. al., 2007; GONZALES et. al., 2008; BRASIL 2014a).

O estudo aponta que poucos são os pacientes que recebem algum tipo de incentivo, problema esse que gera uma preocupação, pois os incentivos, dentre eles o

auxílio-doença, tornam-se necessários devido às precárias condições de vida que podem acometer o doente. É sabido que tais incentivos facilitam na adesão do processo terapêutico, o fornecimento de cesta básica, auxílio transporte, por exemplo, podem contribuir para a diminuição do índice de abandono como também auxiliar a essa população, visto que possuem baixa renda para alimentação e também para o deslocamento até o serviço, logo quando há descontinuidade dos mesmos causa uma dificuldade que poderá vir a interferir no tratamento (FILHO, 2009; DE QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002; DE QUEIROZ et. al., 2012; GONZALES et. al., 2008).

É visto que há uma comparação, pois devido a baixa renda e inexistência de benefícios/incentivos sociais muitos pacientes acabam optando pela modalidade de tratamento auto administrado (BRASIL, 2008; VILLA et. al., 2006).

Nesse estudo, também é observado que a diabetes foi a maior comorbidade encontrada nos pacientes. Nos últimos 20 anos, o Diabetes Mellitus (DM) tem ganhado importância devido investigações apontarem seu aumento na suscetibilidade para TB, bem como diferenças na apresentação, gravidade e resposta terapêutica (ROCHA, 2013; DOOLEY; CHAISSON, 2009). Indivíduos com DM que chegam a desenvolver a TB apresentam gravidade no quadro clínico bem mais rápido e significativo do que aqueles não diabéticos, devendo-se tomar medidas mais cautelosas no cuidado dos mesmos, bem como, a necessidade de diagnóstico rápido do DM em pacientes com TB a fim de direcionar uma assistência específica do caso (OTTMANI et. al., 2010).

O alcoolismo exerce influência sobre o tratamento da tuberculose, visto que há alta incidência de casos e de formas mais avançadas de TB pulmonar entre pacientes que fazem o uso de bebidas alcoólicas. Os alcoolistas também apresentam maior probabilidade de abandonar o tratamento, assim como, o uso de drogas. O álcool traz complicações, além de influenciar na ação dos medicamentos. Muitas vezes, os efeitos adversos dos remédios trazem desconforto para os doentes, e este pode ser exacerbado se associado às bebidas alcoólicas (SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011).

Em relação ao HIV, há uma diminuição significativa da imunidade, o que gera um grande número de pessoas infectadas com TB nesta população. A coexistência da infecção HIV constitui-se no mais potente ativador da tuberculose até hoje conhecido. No Brasil, a tuberculose é a 1ª causa de morte em indivíduos com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Contudo, é visto que, ainda há um déficit na solicitação de sorologia para HIV, pois esse só seria pedido quando o paciente com TB

apresentasse alguma evidência clínica de AIDS, como também na interação dos dois programas (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2009).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou conhecer as características dos doentes com TB, dados fundamentais para que profissionais da saúde possam oferecer uma maior contribuição, desde a prevenção, na busca precoce diante das populações mais vulneráveis, assim como na realização de um melhor tratamento diminuindo a taxa de abandono e aumentando a cura. Foi visto que há necessidade que o programa de controle da tuberculose, busque estratégias para favorecer o recebimento de incentivos, tendo em vista o caráter social da doença, é necessário sim, que haja distribuição de benefícios, não só financeiro, mas alimentício, no transporte e até mesmo no acolhimento desse paciente.

Desta forma, é necessário que o serviço de saúde ofereça subsídios suficientes, os quais já estão presentes dentro do programa, que serão de suma importância, pois o adoecimento de TB traz consigo mudanças de hábitos e a deficiência financeira é um dos pontos cruciais para que a doença continue a existir. O serviço também tem que estar pronto para informar e orientar o paciente para que este inicie e conclua o seu tratamento com sucesso.

Os resultados encontrados demonstram que há um alto índice de tratamento auto-administrado, o que gera uma preocupação, visto que, o TDO é um dos pilares principais e o responsável por grande parte de casos que se encerram com a cura, com isso, faz-se necessário que se trabalhe mais sobre a importância dessa estratégia para que se diminua o risco de abandono.

A enfermagem desempenha papel fundamental nos programas de controle da TB, pois está diretamente ligada a esse paciente, por esse motivo necessita-se de um melhor conhecimento e preparo para lidar com indivíduos que possuem a doença, pois, ao chegar ao serviço de saúde, o paciente procura apoio nesse profissional, sendo assim, a enfermagem acaba tendo uma grande contribuição para que o doente consiga alcançar nível de qualidade de vida adequado, dando sempre uma assistência integral e cada vez mais humanizada.

É sabido que, a tuberculose ainda é uma doença endêmica no nosso país, diante dessa realidade seria de grande valia que a academia proporcionasse ao futuro profissional maior conhecimento sobre a doença e situação atual.

De modo geral, esse estudo tende a proporcionar melhor base ao profissional para que este consiga realizar um melhor e mais completo atendimento, por permitir o conhecimento das principais características dos doentes, assim como, vislumbrar as necessidades que estes possuem, permitindo traçar estratégias para efetivar seu controle e tratamento no município.

ARAÚJO, Eduarda Leticia Pedrosa. **Personal, economic, social and health-disease patients with tuberculosis characteristics**. 2015. 27p. Work Completion of course - TCC (Bachelor of Nursing). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande / PB, 2015.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (TB) is known as the infectious disease which causes more deaths worldwide. Thus, it is necessary to identify the groups that are sicker, looking for their personal, socio-economic and health-illness characteristics. **Goal:** To identify the socio-economic and health-illness characteristics of TB patients reported at Campina Grande / PB. **Methods:** Exploratorium, descriptive, cross and quantitative approach. The population consists of 39 patients with TB at Campina Grande / PB, from September 2014 to February 2015. We used the personal, socio-economic and health-illness characteristics. Data analysis comprised descriptive results. Data were evaluated considering the distributions of absolute and relative frequencies. **Results:** It was found predominantly man (61.54%), aged between 18-39 years old (41.02%) and 40-59 years old (41.02%); educated from 8 to 11 years (28.20%); 76.92% were without job activity; 55.55% of those who worked were taxpayers; 58.97% said their family income was insufficient to health care and 46.50% reported that the income is not enough for education. Only 38.44% received some incentive. The predominant TB was pulmonary (71.79%); and 26.32% had diabetes. Only 61.54% held directly observed treatment. **Conclusion:** This study permitted to know the characteristics of TB patients, observing their current need for incentives, in view of the social nature of the illness as well as a greater focus on the importance of TDO, for this it is necessary to better preparation of health professionals so that it conduct a comprehensive care that will contribute to the needs presented by patients.

KEYWORDS: Tuberculosis. Social conditions. Public health.

REFERÊNCIAS

- BARROS, P. G. et al . Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001-2010. **Cadernos saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 343-350, Dec. 2014 .
- BELO, M.T.C.T et al . Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo , v. 36, n. 5, p. 621-625, Oct. 2010 .
- BOFF, B. M.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 337-42, 2002.
- BOWKALOWSKI, C., BERTOLOZZI, M. R.. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no Distrito Sanitário de Santa Felicidade–Curitiba, PR. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2010.
- BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Controle da Tuberculose: Uma proposta de integração ensino-serviço. **Ministério da Saúde**, Rio de Janeiro, 6º edição, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais. / Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de controle da tuberculose. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 776-782, dez. 2011.
- CARDOSO, G. C. P. et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 203-10, 2012.

COELHO, D.M.M et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 1, 2010.

CRUZ, M. M. et al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose - o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 217-24, 2012.

DE QUEIROZ E. M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 369-377, 2012.

DE QUEIROZ, E. M., BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 453-61, 2010.

DOOLEY, K. E; CHAISSON, R. E. Tuberculosis and diabetes mellitus: convergence of two epidemics. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 9; p. 737-746, 2009.

FILHO, J. P. C. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 10, p. 992-7, 2009.

GONÇALVES, B. D., CAVALINI, L. T., VALENTE, J. G. Monitoramento epidemiológico da tuberculose em um hospital geral universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 3, p. 347-355, 2010.

GONZALES, R. I. C. et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 628-34, 2008.

HINO, P et al. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 1295-1301, 2011.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 262-7, 2008.

OBLITAS, F. Y. M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 130-138, 2010.

OLIVEIRA, H.; GOLÇALVES M.L.C. Coinfecção tuberculose e HIV nas capitais brasileiras: observações a partir dos dados do sistema de informação de agravos de notificação. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 172-178, 2009.

OTTMANI, S. E. et al. Consultation meeting on tuberculosis and diabetes mellitus: meeting summary and recommendations. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 14, n. 12, p. 1513-1517, 2010.

PAIXAO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 205-213, abr. 2007.

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

PINHEIRO, R. S., et al. Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, p. 446-51, 2013.

QUEIROZ, R. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo. **Dissertação de mestrado Faculdade de Saúde Pública**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ROCHA, N.P. Diabetes Mellitus em pacientes com Tuberculose internados em hospital de referência em Belo Horizonte. **Dissertação (mestrado)-Escola de Enfermagem UFMG**. Belo Horizonte, 2013.

SANTOS, M.L.S.G. et. al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. especial, 2007.

SANTOS, T. M. M. G., et al. Caracterização dos casos de tuberculose notificados em um município prioritário do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 1, n. 1, 2012.

SILVA, C. B.; LAFAIETE, R. S.; DONATO, M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, abr. 2011.

Villa T.C.S. et. al. As Políticas de Controle da Tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da Estratégia DOTS (1980-2005). **Instituto Milênio/Rede TB**, Ribeirão Preto, p. 29-47. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Empowering women to break barriers and end TB**. Geneva, 2015. Disponível em: <http://who.int/tb/features_archive/empoweringWomen_endTB/en/>. Acesso em: 27 maio 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**. Geneva, 2014.

APÊNDICES

Questionário: Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

Município: () São Paulo () Rio de Janeiro () Recife () Campina Grande
Número do questionário: _____
Entrevistador: _____
Iniciais do entrevistado: _____
Data da coleta de dados: ___/___/___
Supervisor de campo: ___/___/___ Ass: _____
Data da digitação 1: ___/___/___ Ass: _____
Data da digitação 2: ___/___/___ Ass: _____

Estudo Multicêntrico que será realizado em duas regiões do Brasil:

Região Sudeste: São Paulo/SP e Rio de Janeiro/RJ

Região Nordeste: Recife/PE e Campina Grande/PB

Coordenação Geral: Maria Rita Bertolozzi

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Parcerias:

- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Supervisão de Vigilância em Saúde da Penha
- Programa Municipal de Controle da Tuberculose do Rio de Janeiro
- Programa Municipal de Controle da Tuberculose do Recife
- Universidade Estadual da Paraíba

QUESTIONÁRIO : PARA SER APLICADO JUNTO AO INDIVÍDUO COM TUBERCULOSE

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
1.a) Iniciais do usuário: _____	
1.b) Tipo de Entrada no Sistema: 1.b.1 () Caso novo 1.b.2 () Recidiva 1.b.3 () Reingresso após abandono 1.b.4 () Transferência	
1.c) Em que mês se encontra o tratamento? 1.c1()1 mês 1.c2()2 meses 1.c3()3 meses 1.c4()4 meses 1.c5()5 meses 1.c6()6 meses 1.c9()9 meses 1.c10()outros____	
1.c) Endereço: _____	
1.d) Telefone: _____	
1.e) Contato: _____	
2. INFORMAÇÕES GERAIS	
2.a) Cód. SINAN: _____	
2.b) Nº Prontuário: _____	
2.c) Nome da Unidade de Saúde (US): _____	
2.d) Nome Distrito US: _____	
2.e) Endereço da US _____	
2.f) Tipo de US: 1() UBSF 2() UBSF/PACS 3() UBS 4() Ambulatório de Referência para Tuberculose 5() Unidade de Referência 6() Outra: _____	
3. Sexo: 1() Masculino 2() Feminino	
4.a) Data de nascimento: ___/___/___ 4.b) Idade: _____ anos	
5. Situação familiar/conjugal:	
5.a) () convive c companheiro(a)	
5.b) () convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais;	
5.c) () vive só	
5d) () convive c/ outras pessoas c/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais.	
6. Número de pessoas que moram na casa	
6.a) () mora sozinho	

6.b) () duas 6.c) () três 6.d) () quatro 6.e) () cinco 6.f) () seis ou mais															
7. Situação de moradia 7.a) () Casa própria 7.b) () Casa alugada 7.c) () Casa cedida 7.d) () Casa ocupada 7.e) () Albergue 7.f) () Morador de rua 7.g) () Outros: _____															
8. O Sr (a) considera-se exposto a: 8.a) () Violência 8.b) () Enchente 8.c) () Moradia em condições inadequadas 8.d) () Outros _____															
9. Escolaridade: (em anos de estudo concluídos) 8.a) () Nenhuma escolaridade; 8.b) () De 1 a 3; 8.c) () De 4 a 7; 8.d) () De 8 a 11; 8.e) () De 12 e mais. 8.f) () Ignorada; 99 () NS/NR															
10. Ocupação/Situação no momento 10.1. Realiza alguma atividade de trabalho no momento? <table border="1"> <tr> <td>1 () Sim</td> <td>2 () Não</td> </tr> <tr> <td>a) () Do lar: contribuinte</td> <td>a) () Porque está desempregado há quanto tempo? _____</td> </tr> <tr> <td>b) () Do lar: não contribuinte</td> <td>b) () Está em licença devido à doença há quanto tempo? _____</td> </tr> <tr> <td>c) () Empregado contribuinte</td> <td>c) () Está aposentado</td> </tr> <tr> <td>d) () Empregado não contribuinte</td> <td>d) () Estudante</td> </tr> <tr> <td>e) () Autônomo Contribuinte</td> <td>e) () Outro _____</td> </tr> <tr> <td>f) () Autônomo não contribuinte</td> <td></td> </tr> </table> <p>Obs: As perguntas 10.2 e 10.3 deverão ser realizadas para aqueles que responderam SIM no item 10.1 (c;d;e;f). Marcar NS/NR quando a resposta for NÃO ou SIM (a;b).</p> 10.2. O que faz? _____ 99) () NS/NR 10.3. Qual a sua jornada de trabalho semanal? a) () Até 20 horas b) () 21 - 32 horas c) () 33 - 40 horas d) Acima de 40 hs 99) () NS/NR 10.4. A doença impediu continuar sua atividade de trabalho e/ou estudo? 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	1 () Sim	2 () Não	a) () Do lar: contribuinte	a) () Porque está desempregado há quanto tempo? _____	b) () Do lar: não contribuinte	b) () Está em licença devido à doença há quanto tempo? _____	c) () Empregado contribuinte	c) () Está aposentado	d) () Empregado não contribuinte	d) () Estudante	e) () Autônomo Contribuinte	e) () Outro _____	f) () Autônomo não contribuinte		
1 () Sim	2 () Não														
a) () Do lar: contribuinte	a) () Porque está desempregado há quanto tempo? _____														
b) () Do lar: não contribuinte	b) () Está em licença devido à doença há quanto tempo? _____														
c) () Empregado contribuinte	c) () Está aposentado														
d) () Empregado não contribuinte	d) () Estudante														
e) () Autônomo Contribuinte	e) () Outro _____														
f) () Autônomo não contribuinte															
11. RENDA FAMILIAR 11.1. Considera a renda suficiente? <table border="1"> <tr> <td>a) Para comer 1() Sim 2() Não 99() NS/NR</td> <td>e) Para o lazer 1() Sim 2() Não 99() NS/NR</td> </tr> <tr> <td>b) Para o transporte 1() Sim 2() Não 99() NS/NR</td> <td>f) Para a saúde 1() Sim 2() Não 99() NS/NR</td> </tr> <tr> <td>c) Para morar 1() Sim 2() Não 99() NS/NR</td> <td>g) Para a educação 1() Sim 2() Não 99() NS/NR</td> </tr> <tr> <td>d) Para vestir 1() Sim 2() Não 99() NS/NR</td> <td></td> </tr> </table> 11.2. Com quantas pessoas compartilha a renda? a) () Não compartilha (mora sozinho) b) () 1 a 2 pessoas c) () 3 a 4 pessoas d) () 5 a 6 pessoas e) () + 7 pessoas 99() NS/NR	a) Para comer 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	e) Para o lazer 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	b) Para o transporte 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	f) Para a saúde 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	c) Para morar 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	g) Para a educação 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	d) Para vestir 1() Sim 2() Não 99() NS/NR								
a) Para comer 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	e) Para o lazer 1() Sim 2() Não 99() NS/NR														
b) Para o transporte 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	f) Para a saúde 1() Sim 2() Não 99() NS/NR														
c) Para morar 1() Sim 2() Não 99() NS/NR	g) Para a educação 1() Sim 2() Não 99() NS/NR														
d) Para vestir 1() Sim 2() Não 99() NS/NR															
12. OUTRAS RENDAS															

a) () Bolsa Família b) () Bolsa Escola c) () Incent. Financ Social para Doença (TB): c.1() Mun c.2() Est c.3() Fed c.4() Quantos salários mínimos ? R\$ _____ 99() NS/NR	
13. SAÚDE-DOENÇA	
13.1. Unidade de Saúde em que recebeu o diagnóstico	
a) () USF / UBS	e) () Hospital Privado
b) () UPA / AMA	f) () Consultório Médico Privado
c) () Ambulatório Referência em Tuberculose	g) () Outro _____
d) () Hospital Público	99() NS/NR
14. Forma Clínica de Tuberculose	
a) () TB Pulmonar	
b.1. () TB Extrapulmonar b.2. () Qual: _____	
c) () TB Pulmonar + TB Extrapulmonar	
99() NS/NR	
15. Tipo de Tratamento que realiza para a TB	
a) () TDO	
b) () Auto administrado	
99() NS/NR	
OBS: Na pergunta 15 - Para o TDO convencionou-se que o doente deverá ter no mínimo 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 tomadas na fase de manutenção. Nos casos em que o TDO não for realizado por profissional da equipe de saúde, não será considerado TDO para fins operacionais (inclusive para fins de notificação no SINAN)..	
16. Quando a resposta do item 14 for a(TDO) perguntar quantas vezes por semana	
a) () ≤ 2 vezes por semana b) () ≥ 3 vezes por semana 99() NS/NR	
17. Comorbidades:	
1 () Sim → a) () Aids	
2 () Não b) () Diabetes → 16.b) Se sim, qual? b.1. () Diabetes Mellitus tipo I (insulino-dependente)	
99() NS/NR c) () Silicose b.2. () Diabetes Mellitus tipo II que usa hipoglicemiante oral	
d) () Neoplasia b.3. () Diabetes Mellitus tipo II que não usa hipoglicemiante oral	
e) () Corticoterapia prolongada	
f) () Transplantado de órgão	
g) () Hemodiálise	
h) () Alcoolismo	
i) () Drogas ilícitas → 16.i) Se sim, qual? i.1. () Injetável	
j) () Transtornos mentais i.2. () Não injetável	
l) () Outra: _____ i.3. () Ambas	
18. HIV:	
a) () Positivo	d) () Não realizado
b) () Negativo	99() NS/NR
c) () Teste em andamento	
19. Após o aparecimento dos sinais e sintomas da TB quanto tempo levou para receber o diagnóstico?	
a) () 1 a 10 dias	f) () 51 a 60 dias
b) () 11 a 20 dias	g) () 2 meses a 6 meses
c) () 21 a 30 dias	h) () 7 meses a 12 meses
d) () 31 a 40 dias	i) () 13 meses a mais
e) () 41 a 50 dias	99() NS/NR
20. Conhecia a TB antes de adoecer? 1() Sim 2 () Não 99() NS/NR	
21. Recebeu orientações sobre a TB? 1() Sim 2 () Não 99() NS/NR	
22. Se sim, de quem recebeu informação sobre a TB?	
a) () Profissional de saúde	c) () Vizinhos/familiares/colegas de trabalho/amigos
b) () Mídia eletrônica, impressa, TV/rádio	99() NS/NR
23. Quando tem dúvidas sobre a TB ou seu tratamento para quem pergunta?	
a) () Médico b) () Enfermeiro c) () Familiares/amigos d) () Pesquisa na internet e) ()	

Técnico/Auxiliar de Enfermagem	
f) () Agente Comunitário de Saúde g) () Outros: _____ 99) () NS/NR	
24. O(A) Sr(a) está satisfeito com o seu atendimento para tratamento da TB? 1() Sim 2() Não 3() às vezes Porque?: _____ 99() NS/NR	
25. O(A) Sr(a) gostaria de fazer o tratamento da TB em outro lugar? 1() Sim. Qual? _____ 2() Não 3() às vezes. Por que? _____ 99() NS/NR	
26. Quanto tempo gasta para chegar ao serviço de saúde? a) () <30min b) () 30 a 59min c) () 1h a 1:29h d) () 1:30h a 2h e) () + 2h 99() NS/NR	
27. Necessita de transporte para ir ao serviço de saúde para fazer consulta/TDO? 1() Sim 2() Não 3() às vezes 99() NS/NR	
28. A despesa com transporte para locomoção até a unidade de saúde para realizar tratamento da TB, é significante no seu orçamento, faz falta? 1() Sim 2() Não 3() às vezes 99() NS/NR	
29. Quanto tempo espera para ser atendido no serviço de saúde para realização do tratamento da TB: (a) () <30min b) () 30 a 60min c) () 1h a 1:30h d) () 1:30h a 2h e) () + 2h 99() NS/NR	
30. Os profissionais que o atendem para o tratamento da TB são sempre os mesmos? 1() Sim 2() Não 3() às vezes 99() NS/NR	
31. Recebeu alguma visita ou ligação telefônica, do serviço de saúde referente à TB (como por exemplo, controle de comunicantes)? 1() Sim 2() Não 3() às vezes/algumas 99() NS/NR	
32. Algum dia já ficou sem tomar o remédio para TB por falta de medicação? 1() Sim. Quantas vezes? _____ 2() Não 3() às vezes/algumas 99() NS/NR	
33. O(A) Sr(a) conseguiu curar a TB? 1() Sim 2() Não 4() Em tratamento 99() NS/NR	
34. Dados Qualitativos (a entrevista deverá ser gravada)	
OBS: Para os pacientes que abandonaram o tratamento, fazer a pergunta 34.1; para aqueles que conseguiram curar aplicar a pergunta (34.2); para todos os doentes, aplicar as perguntas 34.1; e 34.4.	
34.1. Fale porque o(a) Sr(a) acha que não conseguiu curar a TB? 34.2. Fale porque o(a) Sr(a) acha que conseguiu curar a TB? 34.3. Fale sobre as dificuldades que o(a) Sr(a) teve durante o tratamento da TB? 34.4. Fale sobre as facilidades que o(a) Sr(a) teve durante o tratamento da TB? 34.5. Fale se os benefícios fornecidos foram importantes para a continuação do tratamento.	
35. Formas de incentivo o tratamento: a) () Vale transporte b) () Cesta básica c) () Lanche/café da manhã d) () Outros Quais?: _____	
36. Se sim para a questão 35, recebe regularmente? a) () Sim b) () Não 3() às vezes/algumas 99() NS/NR	