



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

**ROSIANE DAVINA DA SILVA**

**PERCEPÇÃO DOS DOENTES SOBRE A INFLUÊNCIA DOS ELEMENTOS DE  
VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
DA TUBERCULOSE**

**CAMPINA GRANDE-PB  
2015**

**ROSIANE DAVINA DA SILVA**

**PERCEPÇÃO DOS DOENTES SOBRE A INFLUÊNCIA DOS ELEMENTOS DE  
VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. 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.

S586p Silva, Rosiane Davina da.  
Percepção dos doentes sobre a influência dos elementos de vulnerabilidade individual e social na adesão ao tratamento da tuberculose [manuscrito] / Rosiane Davina da Silva. - 2015.  
37 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. Tratamento da tuberculose. 3. Vulnerabilidade. 4. Adesão ao medicamento. I. Título.

21. ed. CDD 616.995

ROSIANE DAVINA DA SILVA

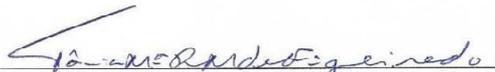
**PERCEPÇÃO DOS DOENTES SOBRE A INFLUÊNCIA DOS ELEMENTOS DE  
VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO  
DA TUBERCULOSE**

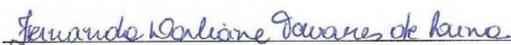
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Estadual da Paraíba, como requisito  
parcial à obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

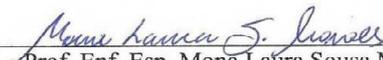
Área de concentração: Ciências da Saúde

Aprovada em: 03/12/2015.

BANCA EXAMINADORA

  
Profª Drª Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo  
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB  
Orientadora

  
Enf. Ms. Fernanda Darliane Tavares de Luna  
Enfermeira da estratégia saúde da família – Guarabira-PB  
Examinadora 1

  
Prof. Enf. Esp. Moná Laura Sousa Moraes  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
Examinador 2

Aos meus pais, Ademar e Davina, por todo amor,  
dedicação e carinho, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela dádiva da vida e por todas as graças concedidas durante esses anos.

Aos meus pais, **Ademar Antônio da Silva** e **Davina Josefa dos Santos**, meus maiores exemplos de força e humildade, que nunca mediram esforços para a minha formação e sempre acreditaram que esse sonho seria possível.

Aos meus **irmãos** e toda a **família** que sempre me incentivaram a ir mais além, a galgar novos horizontes.

Ao meu namorado **William Henrique da Silva** que sempre esteve torcendo por mim e por todo amor, carinho, cumplicidade e incentivo, que foram essenciais neste processo.

Ao meu amigo irmão **Aguinaldo José de Araújo** pela presença constante durante toda a trajetória acadêmica e por todo apoio e incentivo na construção deste estudo.

A minha orientadora professora **Dra. Tânia Maria Ribeiro M. de Figueiredo**, que me acolheu tão bem na pesquisa, por todos os ensinamentos e amizades. Seu estímulo possibilitou meu crescimento pessoal e profissional, e revitalizou em mim a inquietude de buscar novos desafios e conhecimentos, suas contribuições foram inestimáveis para a conclusão deste estudo e sou profundamente agradecida por ter conhecido uma docente tão amável e tão especial.

A minha amiga **Ms. Fernanda Darliane Tavares de Luna**, pelos ensinamentos, apoio e incentivo e por ter sido presente em todas as etapas deste estudo, suas sugestões e correções foram fundamentais na sua concretização, agradeço por sempre me inspirar nos desafios da pesquisa e por ser um dos meus maiores exemplos de força e determinação.

As minhas amigas **Talina Carla** e **Mayrla Lima**, brilhantes profissionais que me guiaram no início da iniciação científica e sempre me incentivaram a buscar novas aspirações.

Aos meus **amigos do Grupo de Pesquisa Avaliação de Serviços de Saúde** pelos agradáveis momentos de companheirismo, troca, aquisição e construção de novos conhecimentos e pela colaboração e estímulo na realização desta pesquisa. Agradecimento especial aos meus amigos da iniciação científica **Pedro Victor**, **Patrícia Coelho** e **Eduarda Letícia** que me auxiliaram no processo de coleta dos dados.

Aos amigos de classe por todos os momentos de alegrias, frustrações e superações compartilhadas no decorrer do curso, em especial as amigas **Kissia Martins** e **Silmara Lima** que foram tão importantes em minha vida acadêmica e pessoal.

A professora **Mona Laura Sousa Moraes** que esteve presente na banca examinadora por todas as contribuições que indubitavelmente enriqueceram ainda mais este trabalho.

A todos os **professores** que contribuíram de forma preciosa para a minha formação profissional.

Aos profissionais do Ambulatório de Referência em Tuberculose e Hanseníase, em especial a **Margarete Carvalho** (Enfermeira) e **Sonisa Maul** (médica pneumologista) por apoiar e estimular a pesquisa.

A todos os **doentes com tuberculose**, em especial aos meus ex pacientes e aos participantes deste estudo, por terem reservado um pouquinho do seu tempo para partilharem comigo momentos tão delicados de suas vidas.

Em fim, agradeço a **todos** que me acompanharam nesta trajetória com todo amor carinho e incentivo!

Obrigada!

*“O maior sucesso da minha vida foi o  
tratamento da tuberculose”*

Thiaguinho- cantor e compositor

SILVA, R. D. **Percepção dos doentes sobre a influência dos elementos de vulnerabilidade Individual e social na adesão ao tratamento da tuberculose.** 2015. 37p. Trabalho de Conclusão de Curso - TCC (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2015.

## RESUMO

**OBJETIVO:** Compreender a percepção dos doentes sobre a influência dos elementos de vulnerabilidade individual e social na adesão ao tratamento da tuberculose. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo-qualitativo, desenvolvido no município de Campina Grande-PB. A população do estudo compreendeu todos os doentes com tuberculose diagnosticados entre março e junho de 2015, residentes no local do estudo. A amostra foi definida pelo critério de repetição do discurso. As entrevistas foram áudio gravadas e a análise foi conduzida sob a hermenêutica dialética e a teoria do percurso gerativo de sentido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 13 sujeitos e identificados duas categorias analíticas: as dificuldades e as facilidades vivenciadas pelos doentes durante o tratamento da tuberculose. Para os doentes a exclusão social representou um grande obstáculo à adesão ao tratamento, que agregada ao estigma, enfraqueceu o vínculo entre os doentes, familiares e profissionais de saúde. Soma-se ainda, a precariedade econômica que dificultou o custeio com alimentos e com os transportes aos serviços de saúde. Em contrapartida, o apoio social e o tratamento diretamente observado colaboraram com a desconstrução de preconceitos e com o empoderamento individual e familiar, ademais, o desejo de viver e a fé encorajaram os doentes a seguir o tratamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na percepção dos doentes o apoio social e o fortalecimento do vínculo com os familiares e profissionais de saúde favoreceram e potencializaram a adesão ao tratamento da tuberculose e a redução da exclusão social.

**Palavras Chaves:** Tuberculose; Vulnerabilidade; Adesão ao medicamento.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>14</b>
4.1 Categoria 1- Dificuldades vivenciadas durante o tratamento da tuberculose.....	14
4.2 Categoria 2- Facilidades vivenciadas durante o tratamento da tuberculose.....	18
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>27</b>
Anexo A- Instrumento para coleta de dados.....	28
Anexo B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	33
Anexo C – Parecer do comitê de ética.....	35

## APRESENTAÇÃO

Este estudo é um recorte de um projeto de pesquisa multicêntrico intitulado “**Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil**”, aprovado e financiado pelo **Edital Universal 20/2013– SVG/MS**, de caráter cooperativo, sob coordenação geral da professora Doutora Maria Rita Bertolozzi da Universidade de São Paulo (USP). Cujo objetivo é avaliar a efetividade das medidas de proteção social na melhoria dos indicadores programáticos para a adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença nos municípios da região Nordeste (Campina Grande-PB e Recife-PE) e Sudeste (São Paulo-SP e Rio de Janeiro-RJ) do Brasil.

A realização da pesquisa no cenário de Campina Grande foi coordenada pela professora Doutora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), lotada no Departamento de Enfermagem da UEPB, Professora do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Saúde Pública da UEPB, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas- NEPE/UEPB e do Grupo de Pesquisa Vulnerabilidades, adesão e necessidades em saúde coletiva-USP e líder do Grupo de Pesquisa em Avaliação de Serviços de Saúde (ASS) UEPB/CNPq. A respectiva docente conduziu este projeto no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação científica (PIBIC) da UEPB, pelo **Edital 01/2014-PRPGP/UEPB** com o apoio do Grupo de Pesquisa ASS.

## 1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das principais doenças negligenciadas a serem enfrentadas em âmbito global. Estima-se que um terço da população mundial encontra-se infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e que a cada ano milhões de indivíduos são acometidos pela doença (WHO, 2015).

No plano internacional, o Brasil ocupa a 18ª posição entre os 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por concentrarem 80% dos casos de TB no mundo (WHO, 2015). Em 2013, no país, foram notificados 91.245 casos da doença, o que corresponde a uma incidência de 33,5 casos para cada 100.000 habitantes. Na Paraíba (PB) foram registrados 1.525 casos de TB, dos quais 168 ocorreram no município de Campina Grande (BRASIL, 2015a).

Para o controle da doença, a OMS estabeleceu as seguintes metas para o ano de 2015: detectar 70% dos casos com TB, curar no mínimo 85%, reduzir a taxa de abandono do tratamento para percentis inferiores a 5% e a mortalidade pela metade em relação à década de 90 (BRASIL, 2011a). O Brasil contemplou as metas referentes à incidência, prevalência e mortalidade, no entanto, os índices de cura e abandono permanecem aquém do proposto, já que em 2013, 72,5% dos doentes foram curados e 10,9% dos casos abandonaram o tratamento no país, na Paraíba a taxa de cura foi de 64,3% e a de abandono foi de 13,4% (BRASIL, 2015b). Em Campina Grande, 60,8% dos doentes foram curados, enquanto, 14,9% dos casos abandonaram o tratamento (SINAN/CG, 2015).

Neste cenário, a adesão ao tratamento representa papel central no controle da doença por favorecer melhorias nos indicadores de abandono e cura, contudo, permanece como um desafio para as políticas públicas mundiais, visto que a adesão ao tratamento é um processo multicausal que transcende o caráter eminentemente biológico, clínico e comportamental e associa-se à forma como o sujeito concebe a doença, as condições de vida que permitem o desenvolvimento da vida com dignidade e a acolhida nos serviços de saúde, sendo influenciada pela determinação social do processo saúde doença (BERTOLOZZI, 2005).

Ademais, a prevalência da doença está diretamente relacionada à pobreza e a exclusão social, sofrida por parte da população submetida às precárias condições de vida, decorrentes das desigualdades econômicas e iniquidades no acesso aos serviços e bens básicos como a educação, saúde e moradia, este fato pode dificultar a adesão ao tratamento (HINO et al, 2011; LONNROT et al, 2015; WHO, 2015).

Dentre os principais obstáculos para a adesão ao tratamento incluem: sua longa duração, intolerância medicamentosa associada à melhora clínica nos meses iniciais do tratamento,

baixo nível socioeconômico e escolar, falta de conhecimento sobre a doença, falta de incentivos sociais, situações de rua, alcoolismo e uso de drogas ilícitas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, estigma social e individual e a falta de apoio por parte dos familiares e profissionais de saúde (LONNROT et al, 2015; CRAIG; ZUMIA, 2015; QUEIROZ et al, 2012; HERRERO; RAMOS;-ARROSSI, 2015; LUNA et al, 2015; SULIS et al, 2014; TEMOTEO et al, 2015).

A não adesão ao tratamento contribui com a elevação dos índices de abandono e de multidroga-resistência, estes por sua vez, prejudicam o processo de cura, causam sofrimento aqueles que adoecem, e prejuízos econômicos para o doente por precipitar o afastamento do trabalho e para o estado por encarecer o tratamento (BERTOLOZZI et al, 2014; FERREIRA, 2015; WHO, 2015).

No estudo de doenças determinadas por questões socioeconômicas, como ocorre com a TB, é inevitável discuti-las sob a luz da vulnerabilidade (AYRES et al, 2003), entendida de forma ampla, como o potencial de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento dos indivíduos no processo saúde doença, resultantes de aspectos individuais, sociais e programáticos, que estão interligados e indissociados, este termo reflete o grau de iniquidade e desigualdade social que aflige a população e por sua vez potencializa ou não a adesão ao tratamento (AYRES et al, 2006).

A dimensão individual é determinada por condições cognitivas inerentes ao acesso às informações sobre o processo saúde doença, à capacidade de elaborá-las e praticá-las no cotidiano, e neste contexto, considera-se que o sujeito é detentor de direitos que devem ser assegurados pela dimensão social, na medida em que o contexto sociopolítico, econômico e cultural pode favorecer o acesso aos recursos sociais indispensáveis para a manutenção da saúde e adoção de medidas de proteção social, reforçadas pelo plano programático que pautasse no compromisso político e institucional para o financiamento e operacionalização de ações intersetoriais (AYRES et al, 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2012).

Apesar dos três eixos encontrarem-se indissociados, Ayres, Paiva e França et al (2012) postulam que para a apreensão da vulnerabilidade, deve-se estudá-la sob uma óptica. Considerando que o plano social exerce grande influência no comportamento individual, e neste espaço é estabelecido às relações do ser com o mundo (AYRES et al, 2006), é necessário a reflexão destes aspectos para o conhecimento das potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos doentes durante o tratamento da doença, visando o fortalecimento de estratégias que contribuam favoravelmente com a adesão do doente ao tratamento e à redução do abandono. Assim, este estudo objetivou compreender a percepção dos doentes sobre a

influência dos elementos de vulnerabilidade individual e social na adesão ao tratamento da tuberculose.

Desta forma, este estudo visa alertar os gestores e profissionais de saúde quanto à importância da operacionalização de ações intersetoriais e assistenciais que contemple a integralidade do sujeito em seu meio social.

## **2. METODOLOGIA**

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa multicêntrico aprovado e financiado pelo edital universal 20/2013– SVG/MS, cujo objetivo é avaliar a efetividade das medidas de proteção social na melhoria dos indicadores programáticos para a adesão ao tratamento da tuberculose e controle das doenças nos municípios da região Nordeste (Campina Grande-PB; Recife-PE) e Sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo) do Brasil.

O cenário adotado para este estudo foi o município de Campina Grande, o segundo maior do estado da Paraíba em extensão territorial (594 km<sup>2</sup>) e em nível populacional (385.276) (IBGE, 2010). O município concentra ainda a segunda maior carga da doença no estado, e é considerado prioritário pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (BRASIL, 2011b), cujas ações programáticas são desenvolvidas por 94 equipes de saúde da família, 6 Centros de Saúde e 1 Ambulatório de Referência Secundária em TB.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com recorte transversal e abordagem qualitativa. Minayo (2002) assinala a importância da produção de pesquisas qualitativas, que consistem em incorporar o significado e a intencionalidade dos atos inerentes as relações sociais, para a interpretação dos significados e a compreensão da subjetividade dos sujeitos do estudo. O referencial teórico do presente estudo firma-se em duas linhas de sustentação: o conceito de vulnerabilidade nas dimensões individuais e sociais proposto por Ayres (2006), e o conceito de adesão ao tratamento posto por Bertolozzi (2005).

Foram incluídos no estudo, os doentes diagnosticados com TB, no período de março a junho de 2015, residentes no local do estudo, com capacidade de comunicação e compreensão preservada e na faixa etária igual ou superior a 18 anos. Adotaram-se como critério de exclusão os sujeitos reclusos no sistema prisional e hospitalizados. A amostra foi estabelecida com a repetição das informações contidas nos depoimentos. Os participantes do estudo foram denominados com a inicial do termo “Entrevistado”, seguido pelo numeral correspondente à ordem da entrevista (E1; E2... E13).

Do instrumento utilizado para a coleta de dados (ANEXO A), foram extraídas as variáveis objetivas referentes à caracterização dos sujeitos: sexo, faixa etária, nível de

escolaridade e forma clínica da tuberculose; bem como, questões subjetivas, colhidas por meio de uma entrevista semi-estruturada: Fale sobre as dificuldades que o (a) Sr (a) teve durante o tratamento da TB?; Fale sobre as facilidades que o (a) Sr (a) teve durante o tratamento da TB?. Antecedendo a coleta de dados foi realizado um treinamento com os pesquisadores para a condução da entrevista. Os dados foram coletados de forma aleatória em agosto de 2015, no local acordado pelos doentes: domicílio ou serviço de saúde. Os discursos foram áudio gravados e a entrevista teve duração média de 30 minutos. Após a coleta os áudios foram transcritos na íntegra e armazenados em um documento eletrônico no formato *Microsoft Word 2010*.

Os depoimentos foram analisados a luz da hermenêutica dialética (MINAYO, 2002) e da Teoria do Percurso Gerativo de Sentido (FIORIN, 1989). A articulação entre as duas técnicas de análise visa uma maior complementariedade, resultando em uma visão mais realista do contexto estudado, pois permite o conhecimento, a interpretação e reinterpretação da trama dos sujeitos no processo de adesão ao tratamento da TB pautados na vida em sociedade (FERREIRA, 2015).

A hermenêutica dedica-se a interpretação de textos, depoimentos e narrativas, cuja reflexão não se dissocia da práxis, e está intrinsecamente associada à intersubjetividade que se refere à capacidade de colocar-se no lugar do outro, considerando o discurso dos sujeitos na especificidade histórica e totalizante em que é produzida. A dialética busca criticar os fatos contraditórios na linguagem, nos signos e na cultura, o processo dialético enota que a análise interpretativa deve enfatizar os fenômenos sociais na dinamicidade de suas produções. A conexão desses conceitos possibilita a compreensão de como os fatos se expressam e acontecem a partir da interação entre os sujeitos e o entendimento da realidade expressa no discurso (MINAYO, 2002).

Já a teoria do percurso gerativo de sentido é pautada no entendimento que a linguagem e o discurso não se dissociam da visão que o sujeito tem sobre o mundo, frente às condições de vida e as relações sociais. Assim, o discurso revela a realidade e possibilita a apreensão do texto, pela identificação de figuras que são expressas por palavras ou expressões concretas, que ao se inter-relacionarem formam uma trama “percurso figurativo”, o sentido deste conjunto narrativo é representado por um tema central do discurso, relacionado a elementos abstratos que organizam e categorizam os sentidos, a articulação entre as figuras e temas permite a recomposição dos discursos em frases temáticas, que retratam as percepções dos sujeitos quanto ao objeto do estudo (FIORIN, 1989).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de São Paulo e apresentado ao CEP da Universidade Estadual da Paraíba, número do CAE 37254714.0.2001.5187 (Anexo C), atendendo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as normas e diretrizes que envolvem pesquisas com seres humanos no Brasil. Após os esclarecimentos sobre a condução da pesquisa e garantia do anonimato, os participantes assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados 13 sujeitos, cujas características estão expressas na tabela 1, dos quais a maioria é do sexo masculino (76,9%), da escolaridade de 4 a 7 anos (46,2%), da forma clínica pulmonar (92,3) e da faixa etária de 21 a 55 anos (84,6%).

**Tabela 1:** Características gerais dos sujeitos do estudo, Campina Grande – PB.

Caracterização dos sujeitos do estudo						
		Nº	%			
<b>Sexo</b>	Masculino	10	76,9	21-25	3 23,1	
	Feminino	3	23,1	26-30	1 7,7	
<b>Escolaridade</b>	Sem escolaridade	1	7,7	31-35	3 23,1	
	1-3	2	15,3	36-40	1 7,7	
	4-7	6	46,2	<b>Faixa etária</b>	41-45	0 —
	8-11	3	23,1		46-50	2 15,3
	>12	1	7,7		51-55	1 7,7
<b>Forma clínica</b>	Pulmonar	12	92,3	56-60	0 —	
	Extra pulmonar	1	7,7	>60	2 15,3	

Fonte: Dados relatório PIBIC/UEPB 2014/2015, coordenado por FIGUEIREDO, T. M. R. M, 2015.

Após a análise dos discursos, foram identificadas duas categorias analíticas: As dificuldades e as facilidades encontradas durante o tratamento da tuberculose, com base nos elementos de vulnerabilidade individual e social.

#### 4.1. Categoria 1- Dificuldades vivenciadas durante o tratamento da tuberculose

Segundo os sujeitos “*foram muitas as dificuldades*” (E1, E2, E4, E5, E11, E12, E13), vivenciadas durante o enfrentamento da TB, os primeiros obstáculos foram o “*preconceito*” (E5, E11, E13) e a “*discriminação social, (...) você é condenado em ter essa doença*” (E12),

principalmente por amigos e familiares, "*fui muito criticada, muito julgada (...) não queriam me ajudar em nada*" (E13).

Percebe-se que a TB ainda agrega estigmas e preconceitos nocivos ao "*tuberculoso*" (E12), o sofrimento advindo do adoecimento é agravado com a segregação e isolamento social. Para os doentes o intento de revelar o diagnóstico à família e amigos residiu em somar forças para o enfrentamento da doença, entretanto, alguns foram surpreendidos com atitudes de distanciamento, o que reforça o preconceito e torna o indivíduo vulnerável a não adesão ao tratamento, conforme foi evidenciado em outros estudos (CHANG; CATALDO, 2014; CLEMENTINO et al, 2011; CREMERS et al, 2015; FIGUEIREDO, 2008; LACERDA et al, 2015; LUNA et al, 2015; TOUSO et al, 2014).

Temendo esta situação, alguns doentes "*ocultaram a doença*" (E12, E11) de seus entes queridos, como uma estratégia para a garantia do convívio social, já que o receio do doente em revelar o diagnóstico consistiu no medo da rejeição e vergonha dos familiares: "*é difícil à situação, pra o cara explicar (...) é constrangedor (...)*" (E11), e acaba por se tornar um obstáculo ao tratamento. Além disto, o doente sofre com a autoestigmatização relacionada à percepção da doença, incorporada pelas ideologias e valores sociais vigentes, que de forma subjetiva pode desencadear crises existenciais e autodepreciação da identidade do eu "*como é que as pessoas iam me ver: um tuberculoso ou um ser humano?*" (E12).

Desta forma, as significações negativas atribuídas aos doentes com TB dificultam a aceitação e controle da doença visto que, tanto o doente é desmotivado em seguir o tratamento (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010), quanto prejudica a avaliação dos comunicantes pelos profissionais de saúde, levando a um maior tempo para a detecção e tratamento dos casos com TB latente e ativa (PINHEIRO et al, 2012).

Para Lacerda et al (2015) o estigma social é oriundo da falta de conhecimento da população sobre a TB. Neste sentido, a educação em saúde favorece o entendimento dos doentes e familiares acerca da doença e do tratamento, permitindo a desconstrução de estigmas e preconceitos (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011), sendo essencial que os profissionais de saúde extrapolem a visão biomédica centrada na doença e no indivíduo, para um modelo dialógico intersubjetivo, que reconheça os indivíduos com seus saberes, tendo como perspectiva não apenas informar as nuances do processo saúde doença, mais transformar suas concepções por meio da construção do conhecimento em saúde (LACERDA et al, 2015; SÁ et al, 2013).

Neste espaço, o tratamento diretamente observado (TDO) insere-se como uma ferramenta indispensável ao cuidado, pois tem a pretensão de supervisionar a tomada da

medicação e fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e os doentes e familiares, aproximando-os do serviço de saúde e possibilitando a assistência integral em suas dimensões biológicas e psicossociais, o que permite o reconhecimento prévio dos aspectos de vulnerabilidade que podem desfavorecer a adesão ao tratamento (BRASIL, 2011a; FIGUEIREDO et al, 2011; FREITAS, 2012). Portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde forneçam uma escuta qualificada às necessidades dos usuários.

Para os doentes sentir-se cuidado e acolhido nos serviços de saúde contribui para o fortalecimento do vínculo e corresponsabilização no processo de tratamento (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010). Por outro lado, o vínculo enfraquecido tende a inviabilizar o processo de cura. *“A doutora é muito chata não trata a pessoa bem, é ignorante”* (E5), tal situação eleva a vulnerabilidade a não adesão ao tratamento, Já que o doente pode se sentir desmotivado em buscar assistência nos serviços de saúde.

No discurso, foi possível compreender que os sujeitos perceberam a falta de apoio social e a modalidade do tratamento auto administrado como empecilhos a consecução do tratamento, principalmente, quando o doente apresentava outras comorbidades a exemplo da depressão *“porque como eu tenho depressão (...) às vezes, eu me esqueço, não tomo o remédio (...) aí começa tudo de novo”* (E, 13). Este fato eleva a vulnerabilidade a não adesão, pois o doente fica desmotivado a enfrentar o adoecimento sozinho, sobretudo, quando há presença de interações medicamentosas e efeitos adversos aos tuberculostáticos (FERREIRA, 2015).

Sobre os tuberculostáticos, os sujeitos referiram que *“o remédio é forte”* (E4), *“é ruim”* (E2), *“principalmente nos meses iniciais”* (E2), quando o doente encontra-se fragilizado e a medicação é mais potente (coxip4), cujas reações adversas interferem em seu cotidiano *“uma agonia muito forte mesmo, vontade de desmaiar e tudo, eu não durmo de noite às vezes”* (E1), essa situação associada aos sintomas específicos da doença *“dor no pulmão”* (E5), *“a pessoa fica cansado e sua muito”* (E, 11), repercute em limitações nas atividades laborais (E5, E6, E13), no afastamento do trabalho *“parei três meses em casa, que tinha esse negócio que não podia levar friagem, e eu que trabalho a noite aí atrapalhou”* (E3) e até mesmo no desemprego (E1, E4, E11, E12).

Esta situação é ainda mais agravada quando o doente é do sexo masculino e da faixa etária economicamente ativa (perfil predominante neste estudo) que são historicamente responsáveis pelo sustento financeiro do lar, cuja incapacidade laboral implica em prejuízos socioeconômicos para o paciente e seus dependentes. Nos meses iniciais a sensação de recuperação da saúde e o desconforto ocasionado pelos efeitos adversos, tornam este público

vulnerável a não adesão pela necessidade de retorno ao mercado de trabalho (CAVALCANTE, 2012; FERREIRA, 2015; FIGUEIREDO et.al., 2009; HECK; COSTA; NUNES, 2011; HERRERO; RAMOS; ARROSSI, 2015; PINHEIRO et al, 2013; TEMOTEO et al, 2015).

A incapacidade laboral interfere negativamente na renda da família e muitos doentes não tinham condições financeiras para manter uma “alimentação adequada” (E4, E5, E6, E12, E13) exigida para o tratamento, *“alimentos também, que a gente não tinha né?”* (E1), *“um dia eu não tinha nem o que comer”* (E4), *“se tivesse suco, aí eu tomava (...) mas só com a água não desce, porque tem o gosto de querosene”* (E6).

A má nutrição dos doentes além de enfraquecer o sistema imunológico e comprometer sua evolução clínica (ALMEIDA, 2012; PÁZ-SOLDÁN et al, 2013), potencializa a ocorrência de efeitos adversos, tais como náuseas, fraqueza e dores abdominais (BRASIL, 2011a). Evidencia-se que os efeitos adversos e as condições econômicas formam um ciclo vicioso, onde um fator pode precipitar o outro.

As condições de vida precária dificultam ainda mais a ida dos doentes aos serviços de saúde quando distantes de suas residências, o que comprometia a formação do vínculo entre os profissionais de saúde (E1, E4, E5, E12), além de encarecer o tratamento, com adição dos custos para o transporte, principalmente, diante da *“crise econômica que o país está enfrentando”* (E5) e da falta de apoio social e de incentivos de proteção social *“você é uma estrutura que não tem ajuda de custo, não tem nada”* (E12).

O deslocamento dos doentes para a realização do TDO quando distantes de seus domicílios pode dificultar a continuidade do tratamento, seja pela falta de recursos econômicos, seja pelo tempo dispensado para a ida aos serviços de saúde (HERRERO; RAMOS; AROSSI, 2015). Para Luna et al, (2015) a longa distância também fragiliza a execução de ações programáticas, como a visita domiciliar pelos profissionais de saúde. Por outro lado, outros estudos discorrem que em algumas situações, os serviços mais distantes acabam por favorecer a adesão, por ser considerado um refúgio para a exclusão e a discriminação na vizinhança (CAVALCANTE, 2012; FERREIRA, 2015; SOUZA et al, 2009). Neste estudo alguns entrevistados também perceberam esta distância como facilidade, como forma de proteção contra o preconceito.

Tal constatação enota que, a maior ou menor distância dos serviços de saúde ao domicílio do doente, é percebido ora como dificuldade, ora como facilidade a depender do contexto social vivenciado pelo sujeito. Compreende-se desta forma, que a descentralização das ações de controle da TB para o nível primário de atenção a saúde, só alcançará o sucesso

esperado quando a sociedade superar o estigma sobre a doença e entender que a ajuda de todos é essencial no controle da TB, mas, enquanto não obtiver êxito, a difusão do TDO domiciliar e de auxílios financeiros para o transporte aos serviços de saúde, pode representar uma solução temporária para o fortalecimento da adesão ao tratamento e a redução da exclusão social.

Na literatura, o fornecimento de incentivos (cestas básicas, lanches e vale transporte, auxílio doença) tem sido importante para a continuidade do tratamento e redução da exclusão social (FERREIRA; 2015; PINHEIRO; 2013; QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010), assim devem ser estimulados e regularizados. No entanto, constatou-se que a maioria dos sujeitos do estudo não recebiam nenhum incentivo alimentício ou financeiro, o que pode ser decorrente da insuficiência de recursos destinados ao Programa de Controle da Tuberculose no município em estudo, o que é prejudicial por desmotivar a adesão ao tratamento da doença, principalmente, pelo doente menos favorecido economicamente.

Em um estudo realizado na Argentina os autores verificaram que os doentes com dificuldades financeiras e que precisavam custear o transporte para os serviços de saúde, apresentaram aproximadamente três vezes maior risco de abandono ao tratamento do que aqueles que recebiam o vale transporte (HERRERO; RAMOS; ARROSSI, 2015). No Brasil, diversos estudos constataram que o recebimento de incentivos financeiros e alimentícios fortalecia a adesão ao tratamento (ARCÊNCIO et al, 2011; FERREIRA, 2015; TÉMOTEO et al, 2015).

O etilismo também foi reportado como um empecilho à adesão ao tratamento “*inventava de beber, aí não ia tomar o remédio bebendo né?*” (E9). Sabe-se que o alcoolismo crônico torna o doente susceptível a desnutrição e imunodepressão, que retarda o processo de cura e intensifica as reações adversas (LACERDA et al, 2015; STOLA, YRNE, BEJUNE, 2008). Ademais, este público sofre com a exclusão social e transtornos emocionais, inclusive com a falta de apoio familiar (COUTO et al, 2014) prejudicando a aceitação da doença e colocando-os em situação de vulnerabilidade a não adesão.

#### 4.2. Categoria 2- Facilidades vivenciadas durante o tratamento da tuberculose

Na percepção dos doentes, a oferta gratuita dos “*comprimidos*” (E3, E10, E12) apesar de representar uma facilidade à adesão, por si só não é suficiente para a continuidade do tratamento. A priori, a adesão à terapêutica é potencializada pelo desejo de viver (E7) de “*se curar*” (E11), em especial, quando o doente se sente motivado a cultivar projetos de vida e quando apoiados por laços afetivos, conforme assinala Cavalcante (2012).

O sucesso do tratamento da tuberculose se torna mais fácil, quando o doente mantém suas relações sociais e não sofre com o estigma. Os sujeitos relataram que o apoio dos “familiares” (E5, E8, E10, E11) e de “alguns amigos” (E1) “os motivaram em seguir em frente” (E11) a “continuar o tratamento” (E5, E8, E10, E11), além de favorecer a aceitação da doença e a superação de obstáculos.

A família representa o grupo social mais próximo dos doentes, cujo suporte é fundamental para a adesão ao tratamento. Assim, o conhecimento da dinâmica familiar pelos profissionais de saúde é imprescindível para uma assistência mais qualificada às necessidades dos doentes e para a execução de ações educativas em saúde que visem o empoderamento individual e familiar (HOTER et al, 2014; KESHAVJEE; FARME; 2014).

Na percepção dos doentes o apoio dos profissionais de saúde também foi fundamental na continuidade do tratamento (E1, E11, E13), “o médico mandou eu continuar o tratamento pra se curar né?” (E11). “Aí uma vez eu quis parar o remédio, não queria mais tomar, por conta própria minha, aí ela (enfermeira) veio, insistiu (...) eu passei duas semanas sem tomar, e elas (enfermeira e a assistente social) insistiram, insistiram, aí eu comecei a tomar de novo” (E13).

Neste contexto, o vínculo fortalecido institui uma relação de confiança, diálogo e respeito, entre os doentes, familiares e profissionais de saúde, favorecendo a compreensão da importância do tratamento e do uso correto da terapêutica (OLIVEIRA; NATAL; CHRISPIM, 2010). A cooperação interpessoal durante o enfrentamento da doença representa um fator crucial para a cura, mesmo, quando o doente decide interromper o tratamento, este pode não acontecer mediante o estímulo dos parentes e de profissionais da saúde (FIGUEIREDO et al, 2011).

Neste processo, o TDO se configura como uma ferramenta favorável à adesão “é bom todo (...) elas (acadêmicos de enfermagem) vem, fala direitinho, explica a mim bem direitinho” (E8), pois permite a compreensão das percepções dos doentes sobre o enfrentamento da doença no contexto social em que ele está inserido, permitindo uma assistência mais ampla e qualificada às suas necessidades, conforme foi verificado em outros estudos (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011; FERREIRA, 2015; FIGUEIREDO, 2008; LUNA et al, 2015; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2009).

A proximidade dos serviços com a residência dos sujeitos também foi um fator decisivo para a continuidade do tratamento e a realização do TDO, “porque o posto é logo aí pertinho, né? de casa (...) não pago transporte pra ir, mas, se fosse pra eu ir todo dia (...) e ter que pagar ônibus para ir tomar o remédio se eu pagasse, aí ia ficar caro” (E9). Essa situação

pode compensar a falta de incentivos sociais e a carência econômica dos sujeitos do estudo (PALHA et al, 2012).

A fé e a religiosidade também adquiriram significados importantes na consecução do tratamento, “*é porque eu tenho fé em Deus*” (E4), o doente se sente fortalecido a enfrentar as dificuldades decorrentes da doença e acredita em sua recuperação por intermediação divina na esperança de “*ficar melhor*” (E7), o que confere aos sujeitos ânimo para o alcance da cura e contribui substancialmente para a adesão ao tratamento (FERREIRA; 2015; TEMOTEO et al, 2015), além, de permite a volta às atividades diárias como o trabalho (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As dificuldades e as facilidades reportadas pelos doentes com tuberculose reforçam o entendimento de que apenas a disponibilização dos medicamentos e sua oferta gratuita, não são suficientes para a consecução do tratamento e obtenção da cura, e que existem aspectos de vulnerabilidade individual e social que ao estabelecerem uma trama causal podem prejudicar ou fortalecer este processo.

Na análise do discurso foi possível compreender que os sujeitos perceberam a exclusão social como a maior dificuldade á adesão ao tratamento da doença, que ora foi intensificada com o estigma/autoestigmatização, segregação/isolamento social, dificuldades financeiras, e falta de incentivos de proteção social, e ora foi amenizada mediante o fortalecimento do vínculo entre os familiares e profissionais de saúde. Ademais, na percepção dos doentes a fé e a religiosidade atrelada ao desejo de viver influenciaram positivamente na decisão de continuar o tratamento na busca da cura.

Portanto, este estudo desvelou a necessidade da promoção de estratégias educativas em saúde que contemple a unicidade do doente e família, tendo em vista o empoderamento individual e coletivo na desconstrução de preconceitos e no fortalecimento do vínculo interpessoal, bem como, na garantia de maior vocalização política na luta pelos direitos de saúde, destaca-se ainda, a necessidade da difusão do tratamento diretamente observado e da ampliação e aprimoração de estratégias de proteção social, como incentivos alimentícios e financeiros a fim de minimizar a exclusão social.

Neste sentido, é crucial que os gestores e profissionais de saúde reconheçam a tuberculose como uma doença socialmente determinada, e que busquem compreender o contexto social vivenciado pelo doente e sua percepção sobre os significados agregados ao

adoecimento, com o intuito de fortalecer a adesão ao tratamento e a coparticipação ativa e crítica dos doentes e da sociedade na luta por melhorias nos indicadores de cura e abandono.

SILVA, R. D. **Patients perception of the influence of Individual and social vulnerability elements in adherence to tuberculosis treatment.** 2015. 37p. Work Completion of course - TCC (Bachelor of Nursing). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Understanding the patients perception of the influence of individual and social vulnerability elements in adherence to tuberculosis treatment. **METHODOLOGY:** descriptive and qualitative study, developed in the municipality of Campina Grande-PB. The study population comprised all patients with tuberculosis diagnosed between March and June 2015, residents in the study site. The sample was defined by the criterion of repetition of speech. The interviews were audio recorded and analysis was conducted under the hermeneutic dialectic and the theory of generative sense route. The research project was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo. **RESULTS:** We interviewed 13 subjects and identified two analytical categories: the difficulties and facilities encountered by patients for the treatment of tuberculosis. In the perception of patients social exclusion was a major obstacle to treatment adherence, which aggregate to stigma, weakened the link between patients, families and health professionals. Added to this, the economic insecurity that hindered the cost with food and transport to health services. By contrast, social support and treatment directly observed collaborated with the deconstruction of prejudices and individual and family empowerment, moreover, the desire to live the faith and encouraged patients to follow treatment. **CONCLUSION:** He understood the importance of social support and strengthening of the bond between patients, families and health professionals in the enhancement of adherence to TB treatment and in reducing social exclusion.

**Keywords:** tuberculosis; vulnerability; Medication Adherence.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. G. **Condições de produção da tuberculose multirresistente: percepções do doente** [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2012.

ARCÊNCIO, R. A. et al. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto – São Paulo, **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1121-7, 2011.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 117-39, 2003.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am J Public Health**, v. 96, n. 6, p.1001-1006, 2006.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V; FRANÇA, J. I. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde - livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação** (online). 2015. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 30 de maio de 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 46, n. 9, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Nota técnica nº15 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS**: definição de critérios para a priorização de municípios no controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série Normas e Manuais Técnicos).

BERTOLOZZI, M. R. **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) no Município de São**

**Paulo** [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

BERTOLOZZI, M. R. et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Rev. Med**, São Paulo, v. 93, n. 2, p. 83-9, 2014.

CAVALCANTE, E. G. R. **Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose**: uma proposta para a atenção primária à saúde. 2012. 204f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2012.

CLEMENTINO, F. S. et al, TUBERCULOSE: DESVENDANDO CONFLITOS PESSOAIS E SOCIAIS. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 638-43. 2011.

CHANG, S; CATALDO, A. Systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 18, p. 168–173, 2014.

CHIRINOS, N. E. C; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 599-406, 2011.

COUTO, D. S. et al . Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, 2014.

CRAIG, G. M; ZUMIA. A The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. **International Journal of Infectious Diseases**, Paris, v. 32, p. 105 -110, 2015.

CREMERS, A. L. et al. Assessing the Consequences of Stigma for Tuberculosis Patients in Urban Zambia. **PLoS ONE**, v. 10, n. 3, p. e0119861. 2015.

FERREIRA, K. R. **A adesão ao tratamento no caso da tuberculose multirresistente** [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. **Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde**. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

FIGUEIREDO T. M. R. M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 43, n.5, p. 825-831, 2009.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp, p. 1028-35, 2011.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso**. São Paulo: EDUSP; 1989.

FREITAS, I. M. et al . Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.642-649, 2012.

HERRERO, M. B; RAMOS, S; ARROSSI, S. Determinantsof non adherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriersrelated to access to treatment. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v.18, n.2, p.287-298, 2015.

HINO P. et al . As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1656-1660, 2011.

HOTER S. et al. “Home is where the patient is”: a qualitative analyses of a patient-centred model of care for multi-drug resistant tuberculosis. **BMC Health Serv Res**, v. 14, n. 81, p. 5-8, 2014.

HECK M. A; COSTA J. S. D; NUNES M. F. Prevalência de abandono do tratamento da tuberculose e fatores associados no município de Sapucaia do Sul (RS), Brasil, 2000-2008. **Rev. bras. epidemiol**. São Paulo , v. 14, n. 3, p. 478-485, 2011.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> .Acesso em 08 de outubro, 2015.

KESHAVJEE, S; FAMER, P. F. Time to put boots on the ground: making universal access to MDR-TB treatment a reality. **Int J. Tuberc Lung Dis**, v. 14, n. 10, p.1222-5, 2014.

LACERDA, S. N. B. et al. Vulnerability aspects that hinder tuberculosis healing according to the perspective of patient sand health care managers. **International Archives of medicine**, v. 8, n. 48, 2015.

LÖNNROT, K. et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. **European Respiratory Journal**, v. 45, n. 4, p. 928-952, 2015.

LUNA, F. D. T. L. et al. Adherence to tuberculosis treatment: programmatic vulnerability elements. **International Archives of medicine**, v. 15, n. 207, 2015.

MINAYO, M. C. S. **Hermenêutica-dialética como caminho de pensamento social**. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F, Organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 83-108.

OLIVEIRA, L. G. D; NATAL, S; CHRISPIM, P. P. M. Tratamento diretamente observado: estratégia para o controle da tuberculose. **Rev APS**, v. 13, n. 3, p. 357-64, 2010.

PAZ-SOLDÁN, V. A. et al. The provision of and need for social support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 13, p. 290, 2013.

PALHA, P. F. et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 342-348, 2012.

PINHEIRO, P. G. O. D. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **Rev Rene**. v.13, n.3, p. 572-81. 2012.

PINHEIRO, R. S. Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 34, n. 6, 2013.

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.

QUEIROZ, E. M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 20, v. 2, p. [08 telas], 2012.

SÁ, L. D. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.15, n.1, p.103-11, 2013 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15246>. doi: 10.5216/ree.v15i1.15246.

SÁNCHEZ, A. I. M; BERTOLOZZI, M. R. Além da DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 689-694, 2009.

\_\_\_\_\_. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 669-675, 2011.

SINAN-NET. Disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, Campina Grande-PB, 2015.

SOUZA, M. S. P. L. et al. Características dos serviços de saúde associados à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 998-1005, 2009.

SOUZA, S. S; SILVA, D. M. G. V; MEIRELLES, B. H.S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 23-28, 2010.

SULIS, G. et al. Tuberculosis: Epidemiology and Control. **Mediterr J Hematol Infect Dis**, v. 6, n. 1, p. e2014070, 2014.

STORLA, D. G; YIMER, S; BJUNE, G. A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health**, v. 14, n. 8, p. 15. 2008.

TEMÓTEO, R. C. A. et al. Accession to tuberculosis treatment: individual and social vulnerability elements. **International Archives of medicine**, v. 15, n. 208, 2015.

TOUSO, M. M. et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4577-4586, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva, 2015.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Instrumento para coleta de dados

**Questionário C: 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 digitação1: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

Data da digitação2: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**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: \_\_\_\_\_

<b>2. INFORMAÇÕES GERAIS</b>	
2.a) Cód. SINAN:	
2.b) N° 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:	
<b>3. Sexo:</b> 1( ) Masculino 2( ) Feminino	
<b>4.a) Data de nascimento:</b> ____ / ____ / ____ <b>4.b) Idade:</b> ____ anos	
<b>5. Situação familiar/conjugal:</b>	
5.a) ( ) convive c companheiro(a)	
5.b) ( ) convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais;	
5.c) ( ) vive só	
5.d) ( ) convive c/ outras pessoas c/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais.	
<b>6. Número de pessoas que moram na casa</b>	
6.a) ( ) mora sozinho	
6.b) ( ) duas	
6.c) ( ) três	
6.d) ( ) quatro	
6.e) ( ) cinco	
6.f) ( ) seis ou mais	
<b>7. Situação de moradia</b>	
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:	
<b>8. O Sr (a) considera-se exposto a:</b>	
8.a) ( ) Violência	
8.b) ( ) Enchente	
8.c) ( ) Moradia em condições inadequadas	
8.d) ( ) Outros _____	
<b>9. Escolaridade:</b> (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	
<b>10. Ocupação/Situação no momento</b>	
10.1. Realiza alguma atividade de trabalho no momento?	
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) <input type="checkbox"/> Autônomo não contribuinte	
<b>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).</b>	
10.2. O que faz? _____ 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	
10.3. Qual a sua jornada de trabalho semanal?	
a) <input type="checkbox"/> Até 20 horas    b) <input type="checkbox"/> 21 - 32 horas    c) <input type="checkbox"/> 33 - 40 horas    d) Acima de 40 hs 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	
10.4. A doença impediu continuar sua atividade de trabalho e/ou estudo? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	
<b>11. RENDA FAMILIAR</b>	
11.1. Considera a renda suficiente?	
a) Para comer    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	e) Para o lazer    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não 99) <input type="checkbox"/> NS/NR
b) Para o transporte 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	f) Para a saúde    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não 99) <input type="checkbox"/> NS/NR
c) Para morar    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	g) Para a educação    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não 99) <input type="checkbox"/> NS/NR
d) Para vestir    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	
11.2. Com quantas pessoas compartilha a renda?	
a) <input type="checkbox"/> Não compartilha (mora sozinho)    b) <input type="checkbox"/> 1 a 2 pessoas    c) <input type="checkbox"/> 3 a 4 pessoas    d) <input type="checkbox"/> 5 a 6 pessoas    e) <input type="checkbox"/> + 7 pessoas    99) <input type="checkbox"/> NS/NR	
<b>12. OUTRAS RENDAS</b>	
a) <input type="checkbox"/> Bolsa Família	
b) <input type="checkbox"/> Bolsa Escola	
c) <input type="checkbox"/> Incent. Financ Social para Doença (TB): c.1 <input type="checkbox"/> Mun    c.2 <input type="checkbox"/> Est    c.3 <input type="checkbox"/> Fedc.4	
d) <input type="checkbox"/> Quantos salários mínimos? R\$ _____ 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	
<b>13. SAÚDE-DOENÇA</b>	
13.1. Unidade de Saúde em que recebeu o diagnóstico	
a) <input type="checkbox"/> USF / UBS	e) <input type="checkbox"/> Hospital Privado
b) <input type="checkbox"/> UPA / AMA	f) <input type="checkbox"/> Consultório Médico Privado
c) <input type="checkbox"/> Ambulatório Referência em Tuberculose	g) <input type="checkbox"/> Outro _____
d) <input type="checkbox"/> Hospital Público	99) <input type="checkbox"/> NS/NR
14. Forma Clínica de Tuberculose	
a) <input type="checkbox"/> TB Pulmonar	
b.1. <input type="checkbox"/> TB Extrapulmonar    b.2. <input type="checkbox"/> Qual: _____	
c) <input type="checkbox"/> TB Pulmonar + TB Extrapulmonar 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	
15. Tipo de Tratamento que realiza para a TB	
a) <input type="checkbox"/> TDO	
b) <input type="checkbox"/> Auto administrado 99) <input type="checkbox"/> NS/NR	
<b>OBS: Na pergunta 15 - Para o TDO convencionam-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)..</b>	
16. Quando a resposta do item 14 for a(TDO) perguntar quantas vezes por semana	
a) <input type="checkbox"/> ≤ 2 vezes por semana	b) <input type="checkbox"/> ≥ 3 vezes por semana    99) <input type="checkbox"/> NS/NR
17. Comorbidades:	
1 <input type="checkbox"/> Sim    → a) <input type="checkbox"/> Aids	
2 <input type="checkbox"/> Não    b) <input type="checkbox"/> Diabetes    → 16.b) Se sim, qual? b.1. <input type="checkbox"/> Diabetes	

Mellitus tipo I (insulino-dependente)		b.2. ( ) Diabetes	
99( ) NS/NR	c)( ) Silicose		
Mellitus tipo II que usa hipoglicemiante oral		b.3. ( ) Diabetes Mellitus tipo II que não	
d)( ) Neoplasia	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 significativa 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
<b>34. Dados Qualitativos (a entrevista deverá ser gravada)</b>
<b><i>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.</i></b>
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.
<b>35. Formas de incentivo o tratamento:</b> a) ( )Vale transporte b) ( )Cesta básica c) ( )Lanche/café da manha d) ( )Outros    Quais?: _____
<b>36. Se sim para a questão 35, recebe regularmente?</b> 1) ( ) Sim 3( ) às vezes/algumas 2) ( ) Não 99( ) NS/NR

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil**” coordenada pela Professora Maria Rita Bertolozzi, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O objetivo do estudo é avaliar como certas medidas de apoio ajudam na adesão ao tratamento da tuberculose. O estudo está sendo realizado em municípios da região nordeste e sudeste do Brasil.

Essa pesquisa visa contribuir com as ações de controle da tuberculose desenvolvida no SUS, bem como aumentar a visibilidade regional, nacional e internacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação dos serviços de atenção à tuberculose.

Solicitamos a sua colaboração para a realização de uma entrevista, que deve durar 30 minutos, e que pode ser realizada no serviço de saúde ou em sua casa, de acordo com a sua disponibilidade. Pedimos, também, sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Seu nome não será identificado e será sempre mantido em sigilo.

Sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer informações caso não se sentir confortável e pode desistir do estudo a qualquer momento, sem sofrer nenhum prejuízo em seu atendimento no serviço de saúde.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

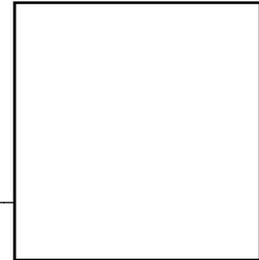
Pesquisador Participante \_\_\_\_\_

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa.

Receberei uma via deste documento e uma via ficará com a pesquisadora responsável pelo projeto.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa



Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar ou enviar e-mail para a pesquisadora Maria Rita Bertolozzi. Telefone: (11) 3061.7652. Email: rbertol@usp.br

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é um órgão que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. É responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa. Se você tiver dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - São Paulo/SP, ou pelo telefone: (11) 3061.7533. O horário de atendimento é de segunda à sexta das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h.

Atenciosamente,

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

## ANEXO C – Parecer do comitê de ética

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - UEPB / PRÓ-  
REITORIA DE PÓS-



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

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

**Pesquisador:** TÂNIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37254714.0.2001.5187

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Secretaria de Vigilância em Saúde

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 982.847

**Data da Relatoria:** 10/03/2015

**Apresentação do Projeto:**

O projeto é intitulado: Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil, inicialmente enviado pela pesquisadora Maria Rita Bertolozzi

da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/EE-USP

, teve o projeto aprovado com o CAAE 37254714.0.1001.5392

, aprovado pelo CEP EE/USP em 11/02/2015 e foi apresentado pela pesquisadora TÂNIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO da Universidade Estadual da Paraíba. Trata-se de projeto multicêntrico e para tanto cumpriu as exigências éticas inerentes ao objeto de estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Enquanto Objetivo Geral: Avaliar a efetividade das medidas de proteção social na melhoria dos indicadores

programáticos para adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em municípios da região nordeste e sudeste do Brasil.

Específicos:

Caracterizar os pacientes em termos de condições pessoais, econômico-sociais e

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

**Bairro:** Bodocongó

**CEP:** 58.109-753

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)3315-3373

**Fax:** (83)3315-3373

**E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - UEPB / PRÓ-  
REITORIA DE PÓS-



Continuação do Parecer: 982.847

de saúde-doença;

Identificar os elementos de vulnerabilidade individual e social que podem interferir na adesão ao tratamento;

Identificar a associação entre a adesão ao tratamento da tuberculose e os determinantes sociais de saúde;

Identificar as modalidades de incentivo socioeconômico proporcionado às pessoas com tuberculose nos municípios de São Paulo/SP, Campina Grande/PB, Recife/PE e Rio de Janeiro/RJ;

Caracterizar a utilização do benefício auxílio-doença da Previdência social pelas pessoas em tratamento para tuberculose, apontando as facilidades e dificuldades para tal;

Identificar as potencialidades e as fragilidades desses benefícios no processo de adesão ao tratamento;

Identificar os elementos de vulnerabilidade programática que podem interferir na disponibilidade desses benefícios sociais às pessoas em tratamento da tuberculose, nas instâncias federal, estadual e municipal;

Avaliar o impacto desses benefícios sociais nos indicadores programáticos de cura e abandono da tuberculose nos locais em estudo.

Apresentar proposta de aprimoramento das estratégias de proteção social visando o fortalecimento do processo de adesão ao tratamento da tuberculose.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O presente estudo importa baixo risco e poderá gerar enquanto benefícios uma maior contribuição no aperfeiçoamento das políticas públicas e das práticas de saúde adotadas para a adesão ao tratamento e o controle da tuberculose no Sistema Único de Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo apresenta uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual da Paraíba, mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

