



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE - PB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

AGUINALDO JOSÉ DE ARAÚJO

**ASPECTOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE ASSOCIADOS
À DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

CAMPINA GRANDE - PB
2015

AGUINALDO JOSÉ DE ARAÚJO

**ASPECTOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE ASSOCIADOS
À DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

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

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. 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.

A659a Aginaldo José de Araújo
Aspectos da adesão ao tratamento da tuberculose associados à
determinação social do processo saúde-doença [manuscrito] /
Aginaldo Jose de Araujo. - 2015.
35 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. Adesão. 3. Determinação das
necessidades de saúde 4. processo saúde-doença. I. Título.

21. ed. CDD 616.995

AGUINALDO JOSÉ DE ARAÚJO

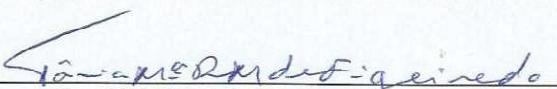
ASPECTOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE ASSOCIADOS À
DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA

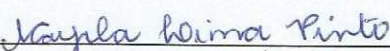
Trabalho de Conclusão do Curso apresentado
ao curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção de
grau de Bacharel em Enfermagem.

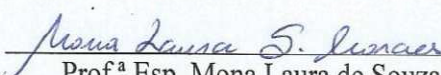
Área de concentração: Ciências da Saúde.

Aprovado em: 03/12/2015.

BANCA EXAMINADORA


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


Doutoranda Mayrla Lima Pinto
Universidade de São Paulo (USP)
Examinadora 1


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

*“Falar somente uma linguagem rouca,
Um português cansado e incompreensível,
Vomitando o pulmão na noite horrível,
Em que se deita sangue pela boca!
Expulsar aos bocados, a existência
Numa bacia autômata de barro
Alucinado, vendo em cada escarro
O retrato da própria consciência.”*

Augusto dos Anjos

Aos usuários do Sistema Único de Saúde, principalmente os que enfrentam a tuberculose, e que são vítimas das desigualdades sociais e iniquidades em saúde, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela iluminação e fortaleza.

A minha família, em especial minha mãe Maria Rita, que nunca mediu esforços e sempre esteve ao meu lado, na maior parte do tempo, mesmo que geograficamente distante.

À professora Tânia Ribeiro, pelo seu constante apoio durante todo o processo acadêmico, pelos seus ensinamentos e reflexões que fortaleceram o meu processo de formação.

A Mayrla Lima, por todo apoio, confiança, contribuições, ensinamentos e parcerias até o momento.

Aos professores que cruzaram esse caminho, em especial, Fabíola Leite, Juraci Albuquerque, Ana Luzia, Lannuzya Oliveira, Luanna Braga, Roseilda Silva e Mona Moraes, pelos estímulos à minha evolução acadêmica, enfim, ao Departamento de Enfermagem da UEPB.

Ao Sr. Dedé, funcionário do Departamento de Enfermagem, que sempre se mostrou disponível para me ajudar nas questões burocráticas que enfrentei durante todo o curso.

A Pró-Reitoria Estudantil, que através do programa de assistência estudantil, subsidiou a minha permanência em Campina Grande durante toda a graduação.

Ao DCE-UEPB Gestão “O Tempo não pára 2012/2014”, que possibilitou espaços de formação política e me fez enxergar a importância do movimento estudantil para o desenvolvimento da universidade e da sociedade.

Ao Centro Acadêmico de Enfermagem Gestão UnEnf, 2013/2014, a qual fiz parte e tive uma experiência ímpar, a qual considero um diferencial na minha formação.

Aos colegas e amigos que compartilharam comigo a experiência da iniciação científica: Patrícia Coelho, Pedro Victor e Eduarda Araújo.

A Rosiane Davina, que mais que colega de iniciação científica, de sala e de grupo, tornou-se minha irmã e que sem dúvidas, contribuiu de forma inestimável com a conclusão desta etapa da minha vida.

A todos os integrantes do Grupo de Pesquisa Avaliação dos Serviços de Saúde e do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas, ambos da UEPB, por compartilharmos o conhecimento e a vida.

As colegas de classe e amigas da vida: Silmara Lima, Kissia Martins e Mahayanna Carvalho, por comemorarmos juntos todas as conquistas e compartilharmos todas as aflições e angústias que fizeram parte do nosso processo de formação.

Aos profissionais de saúde que tive a oportunidade de conhecer durante as atividades de pesquisa e extensão, em especial a enfermeira Margarete e a médica Sonisa, por compartilharem tantos conhecimentos e acreditarem que juntos, somos mais e podemos vencer a tuberculose.

Aos amigos que estiveram comigo durante todo o tempo, e que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento, ao incentivarem, apoiarem e acreditarem no meu potencial. Em especial a Adrieline Silva, Wagner Alves, Rafael Galdino, Marcus Whinter, André Francisco, Lidiane Gomes, Almeida Junior, Viviane Aquino e Daniel Araújo, pela paciência de ouvir os desabafos e me encorajar para concluir esta etapa.

ARAÚJO, Aginaldo José de. Aspectos da adesão ao tratamento da tuberculose associados à determinação social do processo saúde-doença. 2015. 37p. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2015.

RESUMO

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença de determinação social que requer atenção especial, por se configurar como problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. **Objetivo:** Identificar aspectos da adesão ao tratamento da tuberculose vinculados à determinação social do processo saúde-doença, no município de Campina Grande – PB. **Metodologia:** Estudo descritivo exploratório, transversal e quantitativo, realizado em Campina Grande – PB. A população do estudo compreendeu os casos de TB diagnosticados e em tratamento no local de estudo, no período de setembro de 2014 a julho de 2015 (137 casos), cuja amostra (75 casos) foi obtida através dos critérios de inclusão e exclusão. As variáveis estudadas foram divididas em três categorias: Posição social ocupada pelas pessoas em tratamento da TB, Aspectos de saúde doença das pessoas que estão em tratamento da TB e Processo de trabalho em saúde. Os dados foram processados no SPSS e analisados através da obtenção das frequências absoluta e relativa. **Resultados:** Nas características de posição social houve predominância: sexo masculino (61,4%), faixa etária entre 20-39 anos (44%), baixa escolaridade (34,6% entre 4 e 7 anos de estudo), sem ocupação (74,4%), casa própria (68%), exposição a violência (28%) e renda familiar insuficiente para transporte (58,6%), lazer (66,5%), saúde (66,5%) e educação (60,1%). Sobre os aspectos de saúde doença, predominou a forma pulmonar (75,4%), casos novos (86,7%), que se encontravam entre o 4º e o 5º mês de tratamento (47,6%), com conhecimento sobre a TB antes de adoecer (53,3%) e satisfação com o tratamento (90,4%). Em relação às características do processo de trabalho em saúde, os diagnósticos estavam centralizados no Ambulatório de Referência em Tuberculose (51,2%), com cerca de 2 a 6 meses para serem obtidos (22,2%) e tratamentos acompanhados pelas UBSF's (56%). **Conclusão:** Foram identificados aspectos da determinação social do processo saúde doença que influenciam na adesão ao tratamento da tuberculose, os quais necessitam de estratégias que minimizem as dificuldades encontradas pelos doentes em tratamento e pelos serviços de saúde, a fim de fortalecer o processo de adesão, amenizar o sofrimento dos acometidos, atingir as metas operacionais e possibilitar a sequência da vida com dignidade.

Palavras-Chave: Tuberculose. Adesão. Determinação das necessidades de saúde. Processo saúde-doença.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVO.....	12
3	METODOLOGIA.....	12
4	RESULTADOS.....	14
5	DISCUSSÃO.....	18
6	CONCLUSÃO.....	23
	ABSTRACT.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26
	APÊNDICES.....	31
	Apêndice A – Instrumento de coleta de dados.....	31
	ANEXOS.....	34
	Anexo A – Parecer do Comitê de Ética.....	34

APRESENTAÇÃO

Este estudo é componente do plano de trabalho desenvolvido no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), da Universidade Estadual da Paraíba e Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (UEPB/CNPq). O projeto encerrado tem como título **“Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença, município de Campina Grande - PB”** de caráter cooperativo, aprovado pelo **Edital 01/2014 – PRPGP/UEPB**. É parte de um projeto multicêntrico, com o título **“Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil”**, aprovado pelo **edital SVS/MS nº 20/2013 – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVG/MS) Estudos e Pesquisas Aplicadas em Vigilância em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, vigência 2013-2014**, e realizado em parceria com a Universidade de São Paulo, Universidade Estadual da Paraíba, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Programa Municipal de Controle da Tuberculose do Rio de Janeiro e o Programa Municipal de Controle da Tuberculose do Recife. Em Campina Grande, 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 Dr^a. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, a qual é Professora 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) é uma doença antiga, mas que requer atenção especial, por se configurar como problema persistente no âmbito da saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento (PINTO et al., 2015). Em 2014, estima-se que cerca de 9,6 milhões de pessoas contraíram a TB e 1,5 milhões morreram, ao serem acometidos por esta doença infecciosa que geralmente pode ser tratada e curada, mas que mundialmente, tem causado mais óbitos do que a infecção pelo HIV (WHO, 2015a).

O Brasil ocupa a 18ª posição entre os 22 países responsáveis por 80% da carga mundial da TB. Em 2014, foram notificados 81.512 casos da doença no país, o que corresponde a uma incidência de 44/100.000 habitantes; neste mesmo ano, mais de cinco mil pessoas acometidas foram a óbito (WHO, 2015a). Em 2013, no estado da Paraíba foram notificados 1.525 casos de TB, dos quais 168 ocorreram no município de Campina Grande, registrando uma incidência de 42,5 casos para cada 100.000 habitantes (BRASIL. SINAN, 2015b).

No país, a TB é a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a doença que mais provoca óbitos entre as pessoas que vivem com HIV-aids. (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015a). Apesar da maioria dos óbitos por TB serem evitáveis, o índice de mortalidade pela doença permanece elevado, e exige o aceleração dos esforços para combater a doença (WHO, 2015).

Em 1993, a OMS declarou a TB como um problema emergencial de saúde pública, e estabeleceu metas globais para 2015 que consistiam em: detectar 70% dos casos de TB estimados, curar pelo menos 85% dos casos novos da doença, manter as taxas de abandono do tratamento para percentuais inferiores a 5% e reduzir a mortalidade pela metade em relação à década de 1990 (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011a).

Em 2015, o Brasil alcançou as metas internacionais referentes à incidência, prevalência e mortalidade por TB, no entanto, os índices de cura e abandono estão distantes de serem alcançados, tendo em vista que em 2013, 71,2% dos doentes foram curados e 10,1% dos casos abandonaram o tratamento no país (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015a).

A declaração realizada pela OMS em 1993, pôs fim a um quadro mundial de negligência da doença (WHO, 2015). A estratégia DOTS (do inglês *Directly Observed Treatment Short Course*), a inclusão dos indicadores da TB nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o desenvolvimento e implementação da estratégia STOP-TB e

a adoção da resolução WHA 62.15 da OMS referente à prevenção e controle da TB-multirresistente e TB-extensivamente resistente aos antibióticos, contribuíram para a expansão global dos cuidados e controle da TB (CRUZ et al., 2012; WHO, 2014).

Entretanto, diante dos esforços realizados e da persistência do quadro epidemiológico da TB, principalmente nos países em desenvolvimento; houve a necessidade de elaborar uma agenda pós-2015, com estratégias de combate a doença. Esta agenda traz como lema “Um mundo livre da tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença” e estabelece as seguintes metas para 2035: reduzir em 95% as mortes por TB (em comparação a 2015), reduzir para 90% a taxa de incidência (menos de 10 casos de TB por 100.000 habitantes) e extinguir as catástrofes referentes à TB, enfrentadas pelas famílias acometidas pela doença (WHO, 2015; BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015a).

Essa nova agenda estratégica amplia as ações de controle da doença, valoriza as ações de inovação e inclusão tecnológica, inclui ações de proteção social aos doentes e recomenda o acesso universal à saúde. Para isso, a OMS continuará a ampliar e atualizar a orientação normativa e a política global de prevenção, cuidado e controle da TB, frente a novas evidências, principalmente direcionadas as possíveis causas de abandono do tratamento (WHO, 2015; BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015a; WHO, 2014).

O insucesso terapêutico procedente do abandono ao tratamento, interfere nos índices de cura da TB (PAZ et al., 2012; CRUZ et al., 2012), e quando na forma pulmonar, potencializa a infecção, com o aparecimento de casos novos (TERRA; BERTOLOZZI, 2008) e/ou de bacilos fármacos resistentes, além de contribuir no aumento dos gastos públicos em saúde e na elevação das taxas de mortalidade (QUEIROZ et al., 2012).

A TB está intensamente relacionada às precárias condições de vida, e pode ser compreendida através da história natural do processo saúde-doença (HINO et al. 2012). Ao mesmo tempo em que está associada às desigualdades sociais e iniquidades em saúde, causa repercussões, ao atingir os grupos mais vulneráveis e frações populacionais economicamente ativas, causando impacto econômico na sociedade e aflição naqueles que a vivenciam (BERTOLOZZI et al., 2014).

Os fatores que podem determinar a condução do tratamento da TB estão inseridos em uma conjuntura que engloba os aspectos do processo saúde doença, os quais podem favorecer ou prejudicar a adesão ao tratamento (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011), o que revela a necessidade de identificá-los, a fim de elaborar estratégias que possam facilitar a adesão ao tratamento e a cura da TB.

A adesão está vinculada às condições sociais e é decorrente da determinação social do processo saúde-doença (TERRA; BERTOLOZZI, 2008). É um processo intrinsecamente associado à vida, e não se restringe a comportamentos e/ou atitudes pessoais. Envolve as ocorrências do cotidiano dos doentes, o processo de trabalho em saúde e a acessibilidade, a qual pode garantir condições de vida adequada, com direito a saúde e cidadania (BERTOLOZZI, 2005).

Um estudo conduzido por Munro e colaboradores (2007), identificou quatro grupos de fatores interrelacionados alusivos à adesão ao tratamento da TB, e que estão vinculados a determinação social: 1) estruturais (pobreza, gênero e discriminação), 2) do doente (motivação, conhecimento, crenças, atitudes e interpretação sobre o processo de saúde e doença), 3) sociais (família, comunidade e medidas de proteção social) e 4) dos serviços de saúde (organização do cuidado e do tratamento, evolução da doença e efeitos adversos).

Existem várias situações que podem desfavorecer a adesão ao tratamento da TB, como a duração, as reações adversas, a melhora clínica nos primeiros meses do tratamento, as comorbidades, dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde, situação de rua, uso de drogas, baixa escolaridade, falta de informações sobre a doença, pobreza, falta de incentivos sociais, estigma social e individual e a ausência de apoio por parte dos familiares e profissionais de saúde (OLIVEIRA et al., 2013, QUEIROZ, 2012; MUNRO et al., 2007)

Mishra e colaboradores (2005) constataram que a distribuição gratuita dos medicamentos para o tratamento da TB, realizada pelos programas públicos de saúde, não garante o sucesso terapêutico. Outros estudos comprovaram que a recuperação do doente depende de outros fatores como a compreensão do processo saúde doença, renda, o recebimento de incentivos sociais, a realização do TDO e a satisfação com o tratamento e atendimento nos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2013; MISHRA, 2006; PINTO, PAULA, PARRON JR, 2006; CRUZ et al., 2012; HINO et al., 2011; LUNA et al., 2015).

Portanto, para que as estratégias estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo MS possam garantir a qualidade das ações de controle da TB, é essencial o envolvimento de todos os profissionais de saúde em equipes multidisciplinares, nas quais a atuação de cada um torna-se indispensável para o sucesso das ações. O processo de trabalho em saúde realizado em equipe e com foco nos doentes, é a peça chave para o enfrentamento dos desafios e o alcance das metas de controle da doença (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011b).

Assim, torna-se necessário identificar os aspectos que favorecem e/ou desfavorecem a adesão ao tratamento da TB, a fim de conhecer a realidade dos doentes em tratamento e do processo de trabalho em saúde, de forma que possa contribuir no aperfeiçoamento das

políticas públicas, no alcance das metas estabelecidas na agenda *The End TB* pós-2015 e participar da mobilização mundial de compromisso político e social em busca da eliminação da TB como problema de saúde pública.

2 OBJETIVO

- Identificar aspectos da adesão ao tratamento da tuberculose vinculados à determinação social do processo saúde-doença, no município de Campina Grande – PB.

3 METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório, com recorte transversal e abordagem quantitativa.

O marco teórico baseou-se no conceito de Adesão plenamente associada à determinação social do processo saúde-doença, baseado na proposição de Bertolozzi (2005, p. 167):

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade.

Em função da série de intermediações que envolvem a Adesão, utilizou-se como linha de sustentação a determinação social do processo saúde-doença, a fim de identificar as características de organização da sociedade que podem determinar o acesso à vida com dignidade, assim como as potencialidades para o enfrentamento dos processos que conduzem ao desgaste na vida dos grupos sociais.

Nos estudos de saúde-doença, é possível expressar o caráter social dos perfis epidemiológicos, através de suas diferentes inserções nos espaços sociais, as quais se distinguem pela forma particular de como se organizam as formas de trabalho em saúde e de como a sociedade se desenvolve (SANCHEZ, 2009).

O estudo foi realizado em Campina Grande, município do estado da Paraíba, localizado no Agreste, situado no Compartimento da Borborema, e considerado a segunda maior cidade do estado. Além disso, possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,720) alto em relação aos municípios do estado, mas inferior ao do Brasil (0,730) (IBGE, 2015).

Em Campina Grande, a rede de serviços de saúde está distribuída em Distritos Sanitários e, por sua vez, em unidades de saúde, abrangendo uma área total de 594,182 km² e uma população de 385.276 habitantes (IBGE, 2010). Em relação ao controle da TB, está entre os três municípios paraibanos prioritários pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (BRASIL, 2011), com ações desenvolvidas por 94 Equipes de Saúde da Família, 01 Ambulatório de Referência em TB e 06 Centros de Saúde.

A população do estudo compreendeu 137 casos de tuberculose, notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) sob todas as formas clínicas (pulmonar, extrapulmonar, pulmonar +extrapulmonar), no período de setembro de 2014 a julho de 2015.

Foram incluídos os doentes maiores de 18 anos, residentes no local de estudo, realizando o tratamento da TB e com capacidade de comunicação verbal e compreensão preservadas. Os doentes que no período da coleta de dados encontravam-se: em reclusão no sistema prisional, e/ou hospitalizados, e/ou com os dados duplicados, incompletos/incorretos (logradouro, número e bairro) e/ou notificados com óbito no SINAN, foram excluídos da pesquisa. Dessa forma, a amostra do estudo totalizou 75 casos.

As categorias e variáveis estudadas foram definidas com base nos três planos que constituem o conceito de Adesão proposto por Bertolozzi (2005):

- **Posição social ocupada pelas pessoas doentes e em tratamento da tuberculose:** Sexo, Faixa etária, Escolaridade, Ocupação, Renda familiar, Situação de moradia, Exposição (violência, enchentes, moradias em condições inadequadas e outras), Situação familiar conjugal e Quantidade de moradores na casa;
- **Aspectos de saúde-doença das pessoas que apresentam a tuberculose e estão em tratamento:** Tipo de entrada no sistema de informação, Mês de tratamento, Conhecia a TB antes de adoecer, A tuberculose dificultou trabalho/estudo, Recebeu orientações sobre a TB, Com quem tira dúvidas sobre a doença e o tratamento, Forma da TB, Comorbidades, Teste HIV, Gostaria de fazer o tratamento em outro lugar, Satisfação com o tratamento;
- **O processo de trabalho em saúde:** Unidade de saúde de diagnóstico, Tipo de tratamento, Unidade saúde de tratamento, Tempo para receber o diagnóstico, Faltou medicamento em algum momento do tratamento, Atendimento realizado sempre pelos mesmos profissionais.

Os três planos de proposição que formam o conceito de Adesão são inseparáveis e revelam aspectos que possibilitam compreender as especificidades do conceito, indo além da interpretação de que a Adesão ou a não Adesão é o resultado de comportamentos/attitudes

individuais, e passa a identificar potências que podem facilitar o tratamento e obtenção da cura da TB.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e julho de 2015, através de um instrumento semiestruturado que contemplou as categorias e variáveis do estudo, sendo realizada de acordo com a disponibilidade dos doentes, através de visitas domiciliares, nos locais de trabalho ou agendada nos serviços da rede municipal de saúde.

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* 2010, utilizando a técnica de dupla verificação para evitar possíveis erros durante a digitação. Posteriormente, foram transferidos para a tabela de entrada de dados do *Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*. A análise quantitativa compreendeu os resultados descritivos, considerando os valores das distribuições de frequências absolutas e relativas.

O projeto desta pesquisa foi aprovado com o protocolo CAAE 37254714.0.1001.5392, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo EE/USP, respeitando os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do CNS/MS. Em seguida, foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba e obteve o protocolo CAAE 37254714.0.2001.5187. Os doentes que participaram do estudo receberam todas as orientações pertinentes aos aspectos éticos e legais da pesquisa, assim como, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no momento da entrevista.

4 RESULTADOS

Houve predominância do sexo masculino (61,4%), da faixa etária entre 20 e 59 anos (84%) e da escolaridade entre 4 e 7 anos de estudo (45,3%). Quanto à ocupação, 74,4% dos doentes não possuíam nenhuma ocupação ou não exerciam alguma atividade laboral no momento. Em relação à moradia, 68% dos doentes possuíam casa própria, 58,6% conviviam com outras pessoas de laços consanguíneos e/ou conjugal, com cerca de 2 a 5 pessoas em cada residência e 28% consideraram-se expostos a violência (Tabela 1).

No tocante a renda familiar, a maioria informou que era insuficiente para transporte (58,6%), lazer (66,5%), saúde (66,5%) e educação (60,1%), e suficiente para comer (58,6%), morar (57,4%) e vestir (52%) (Tabela 1).

Tabela 1: Características da posição social ocupada pelas pessoas doentes e em tratamento da tuberculose, no município de Campina Grande – PB, Brasil, 2015.

Variáveis	N	(%)				
Sexo						
Masculino	46	61,4				
Feminino	29	38,6				
Faixa etária:						
20-39 anos	33	44,0				
40-59	30	40,0				
60 anos ou mais	12	16,0				
Escolaridade (em anos de estudo)						
Sem escolaridade	11	14,7				
1 a 3	11	14,7				
4 a 7	26	34,6				
8 a 11	15	20,0				
Mais de 12	12	16,0				
Ocupação (situação no momento)						
Sim	20	26,6				
Não	55	74,4				
Situação de moradia						
Casa própria	51	68,0				
Casa alugada	17	22,2				
Casa cedida	4	5,3				
Morador de rua	1	1,5				
Outros	2	3,0				
Situação familiar conjugal						
Vive só	8	10,6				
Convive com companheiro (a)	7	9,4				
Convive com pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais	16	21,4				
Convive com pessoas com laços consanguíneos e/ou laços conjugais	44	58,6				
Quantidade de moradores na casa						
Mora sozinho (a)	8	10,6				
Duas	16	21,4				
Três	15	20,0				
Quatro	15	20,0				
Cinco	12	16,0				
Seis ou mais	9	12,0				
Considera-se exposto (a) a						
Violência	21	28,0				
Enchente	8	10,6				
Moradia em condições inadequadas	15	20,0				
Em branco	31	41,4				
Renda familiar suficiente para						
	N	Sim (%)	N	Não (%)	N	NS/NR (%)
Comer	44	58,6	31	41,2	-	-
Transporte	29	38,6	44	58,6	2	3,0
Morar	43	57,4	32	42,6	-	-
Vestir	39	52,0	36	48,0	-	-
Lazer	23	30,5	50	66,5	2	3,0
Saúde	24	32,0	50	66,5	1	1,5
Educação	23	30,5	45	60,1	7	9,4

Fonte: Relatório final do projeto de pesquisa “Avaliação das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença, município de Campina Grande-PB”, Edital 01/2014-CNPq/PIBIC/PRPGP/UEPB, coordenado por FIGUEIREDO, T. M. R. M.

Em relação às variáveis correspondentes à categoria “Aspectos de saúde doença das pessoas que apresentaram a tuberculose e estavam em tratamento”, houve predominância da forma pulmonar (75,4%), seguida da extrapulmonar (18,6%), da pulmonar + extrapulmonar (3%) e dos que estavam em branco e/ou não souberam responder (3%). Quanto ao tipo de entrada da TB no sistema de informação, a predominância foi respectivamente de: casos novos (86,7%), reingresso após abandono (8%), recidiva (4%) e transferência (1,3%).

Sobre o mês de tratamento, a maioria encontrava-se no quarto (23,8%) e quinto mês (23,8%), seguidos do terceiro (20,0%), segundo (16%), sexto (6,6%), primeiro (5,3%) acima de 6 meses (4,5%). Quando foi perguntado se os doentes conheciam a TB antes do adoecimento, apenas 53,3% afirmaram que sim. Quando questionados se haviam recebido orientações sobre a TB depois que adoeceram, 17,5% dos entrevistados afirmaram que não. A doença dificultou o trabalho/estudos de 45,3% dos entrevistados, enquanto 13,5% disseram que não encontraram dificuldades e 41,2% não souberam responder ou a pergunta não se aplicava às condições dos doentes.

Em relação ao esclarecimento das dúvidas sobre a doença e o tratamento, 24% afirmaram tirar as dúvidas com os Enfermeiros, 17% com os Médicos, 12% com ambos (Enfermeiros e Médicos), 5,3% relataram que pesquisaram na internet, 30,4% com Enfermeiros e/ou Médicos e/ou Técnicos de Enfermagem e/ou Agentes Comunitários de Saúde e/ou familiares e/ou pesquisam na internet, 10,6% procuram outros meios para obter orientações e esclarecimentos e 6,6% não souberam responder.

Sobre a existência de comorbidades (agravos associados), 38,7% alegaram ter algum outro agravo à saúde e 61,3% disseram não possuir outra doença. Em relação ao teste HIV, 61,4% afirmaram que o resultado era negativo, 9,3% positivo, 24,8% não haviam realizado a testagem até o momento, 1,5% com o teste em andamento e 3% não souberam ou não quiseram responder.

Nas perguntas “Gostaria de fazer o tratamento em outro lugar?” e “Está satisfeito com o tratamento da tuberculose?” 84% não desejavam mudar o local de tratamento e 90,4% relataram satisfação quanto ao tratamento da doença.

Na tabela 2, estão apresentados os resultados correspondentes à categoria “O processo de trabalho em saúde”, referente aos serviços de saúde que atenderam os doentes de TB, em Campina Grande, no período de março a julho de 2015:

Tabela 2: Características do processo de trabalho em saúde, no município de Campina Grande – PB, Brasil, 2015.

Variáveis	N	%
Unidade de saúde de diagnóstico da tuberculose		
Unidade de Saúde da Família / Unidade Básica de Saúde	6	8,0
Unidade de Pronto Atendimento	3	4,0
Ambulatório de Referência em Tuberculose	38	51,2
Hospital público	17	22,2
Hospital privado	5	6,6
Consultório médico privado	6	8,0
Tempo gasto para receber o diagnóstico da tuberculose		
1 a 10 dias	11	14,7
11 a 20 dias	7	9,4
21 a 30 dias	13	17,0
31 a 40 dias	7	9,4
41 a 50 dias	2	3,0
51 a 60 dias	4	5,3
2 a 6 meses	17	22,2
7 a 12 meses	12	16,0
13 meses ou mais	2	3,0
Tipo de tratamento		
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	41	54,5
Autoadministrado	34	45,5
Unidade de saúde responsável pelo acompanhamento do tratamento da tuberculose		
Unidade Básica de Saúde da Família	42	56,0
Unidade de Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde	1	1,3
Unidade Básica de Saúde	2	2,7
Ambulatório de Referência em Tuberculose	30	40,0
Faltou medicamento em algum momento do tratamento?		
Sim	25	33,3
Não	50	67,7
O atendimento era realizado sempre pelos mesmos profissionais?		
Sim	69	91,5
Não	3	4,0
Às vezes	2	3,0
Em branco	1	1,5

Fonte: Relatório final do projeto de pesquisa “Avaliação das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença, município de Campina Grande-PB”, Edital 01/2014-CNPq/PIBIC/PRPGP/UEPB, coordenado por FIGUEIREDO, T. M. R. M..

Observa-se que a maioria dos casos (51,2%) foram diagnosticados no Ambulatório de Referência em Tuberculose, e que 22,2% levaram cerca de dois a seis meses para obtenção do diagnóstico da TB. Importante destacar que um número considerável foi diagnosticado em unidades hospitalares (28,8%) e apenas 8% receberam diagnóstico nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Sobre a unidade de saúde responsável pelo acompanhamento do tratamento, 56% dos doentes eram acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e 40% no

Ambulatório de Referência em Tuberculose. Além disso, 54,5% realizavam o tratamento na modalidade TDO, enquanto 45,5% realizavam o tipo autoadministrado.

Nos questionamentos referentes à falta de medicamentos em algum momento do tratamento e se o atendimento sempre era realizado pelos mesmos profissionais, destacou-se os seguintes resultados: 33,3% alegaram que houve falta de medicamentos durante o tratamento e 91,5% disseram que o atendimento sempre era realizado pelos mesmos profissionais.

5 DISCUSSÃO

As características de posição social dos doentes encontradas neste estudo foram semelhantes a outras pesquisas realizadas no Brasil. A predominância da TB em pessoas do sexo masculino, na fase adulto jovem e com baixa escolaridade, fortalece a representação típica de como a doença acomete a sociedade (PINTO et al., 2015; ARAÚJO et al., 2013; COUTINHO et al., 2012).

O predomínio da TB encontrado no sexo masculino corrobora com outros estudos encontrados na literatura, e provavelmente está associado às condições de vida, assim como aos hábitos desta população, atrelados a negligência dos cuidados com a saúde (FIGUEIREDO et al., 2011; PILLER, 2012). Hábitos como o consumo de drogas lícitas e ilícitas, horários aleatórios para alimentação e maior exposição à aglomeração de pessoas em ambientes de trabalho e lazer, são decorrentes das inequidades e iniquidades postas na determinação social do processo saúde doença (PEREIRA, 2015; NOGUEIRA, 2010) e favorecem a maior incidência da TB neste sexo (FIGUEIREDO et al., 2011). É importante considerar esses fatores durante o tratamento da TB, a fim de favorecer a adesão, e conseqüentemente, a obtenção da cura.

É evidente que a manutenção da TB está associada à forma de como a sociedade se organiza e à posição que as pessoas nela ocupam. A baixa escolaridade, somada ao afastamento das atividades laborais e/ou estudo, renda familiar insuficiente e exposição à violência, todas essas evidenciadas nesse estudo, expressam maior vulnerabilidade, no tocante as condições precárias de vida e de trabalho dos enfermos, que inseridos na desorganização social, encontram dificuldades para enfrentar a TB, assim como no acesso aos serviços de saúde, educação, segurança e lazer (QUEIROZ et al., 2012; NOGUEIRA, 2010).

A faixa etária adulto jovem é tida como a fase de maior produção de trabalho e empregabilidade (IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2014). Ao acometer

as pessoas na faixa etária produtiva, a TB pode gerar impacto econômico na vida familiar, uma vez que o estado de fragilidade ocasionado pelo adoecimento pode resultar no afastamento das atividades laborais e interferir na renda individual e familiar (FARIAS et al., 2013; PINTO et al., 2015; TEMOTEO et al., 2015).

A insuficiência da renda familiar decorre de processos que estão inseridos no contexto das desigualdades sociais e contribuem com o aumento das iniquidades em saúde. A renda insuficiente para o lazer, transporte, educação e cuidados com a saúde interferem negativamente na qualidade de vida da população e revelam a fragilidade dos estratos da população economicamente desfavorecida, que quando acometida por uma enfermidade como a TB, padece também com o aumento do desemprego e da pobreza (NOGUEIRA, 2010, HINO et al., 2012) e potencializa as dificuldades para aderir o tratamento.

Este estudo revelou que a maioria dos doentes convivia com duas a cinco pessoas, com laços consanguíneos e/ou conjugais. A convivência com outras pessoas é uma situação comum do cotidiano e fundamental para viver em sociedade (SILVA et. al, 2010; NOGUEIRA, 2010). Entretanto, todo ambiente onde circulam pessoas que produzam aerossóis contendo o *Mycobacterium tuberculosis*, oferece algum risco de transmissão da doença (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011a, p.113; PINTO et al., 2015).

Houve predominância de casos novos e da forma clínica pulmonar da TB. Tais resultados corroboram com outros estudos realizados no país (PILLER, 2012; COUTINHO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013; PINTO et al., 2015). As formas pulmonar e laríngea são as responsáveis pela disseminação da infecção, e quando não são detectadas e tratadas precocemente, oferecem risco de disseminação do bacilo no ambiente, uma vez que ao tossir, o doente expele o agente biológico no ar em forma de aerossóis e potencializa o aparecimento de casos novos da doença (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011a). Desta forma, é imprescindível a atuação dos profissionais de saúde na busca ativa de sintomáticos respiratórios, a fim de diagnosticar e tratar os casos precocemente, para evitar o aparecimento de novos casos de TB (PINHEIRO et al., 2013).

No tocante ao tratamento, a maioria dos doentes encontrava-se entre o quarto e o quinto mês, e pouco mais da metade realizava-o na modalidade TDO, devendo-se evidenciar o alto percentual de tratamentos auto administrado. O tratamento auto administrado consiste no recebimento e tomada da medicação para 30 dias e da ida do doente uma vez ao mês aos serviços de saúde, durante o período terapêutico, para consulta médica e realização dos exames de controle (PAZ et al., 2012).

O tratamento autoadministrado oferece menos chance de cura do que o tratamento supervisionado, e deve ser evitado pelos serviços de saúde (MORRONE et al., 1999; FUJIWARA, LARKIN, FRIEDEN, 1977) para que os percentuais de abandono diminuam aos níveis preconizados pela OMS e MS. Em 2015, o Brasil não conseguiu atingir as taxas esperadas de cura e abandono (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015a), revelando a necessidade de aprimoramento das estratégias para garantir a efetividade do tratamento e atingir os valores operacionais esperados.

A OMS e o MS recomendam o Tratamento Diretamente Observado (TDO) para todos os casos de TB, pois, o considera uma forte estratégia para o sucesso da adesão e prevenção do aparecimento de bacilos resistentes aos medicamentos, ao reduzir os casos de abandono, uma vez que a melhora clínica nos primeiros meses do tratamento pode favorecer o abandono (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011a; PAZ et al., 2012). Além disso, a realização do TDO pode contribuir com o vínculo entre o doente, os familiares e os profissionais, por possibilitar o conhecimento da realidade e das necessidades dos usuários dos serviços de saúde (FIGUEIREDO et al., 2009).

Ainda sobre o tratamento, é importante considerar a quantidade de entrevistados que informaram ficar sem receber a medicação em algum momento da terapia (Tabela 2). O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estabeleceu como ações de tratamento e acompanhamento: fornecer e divulgar tratamentos com esquemas padronizados para todos os casos de TB, garantindo a distribuição regular, ininterrupta e gratuita dos medicamentos (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011a). A interrupção da distribuição dos medicamentos, mesmo que momentânea, demonstra um desequilíbrio no planejamento das ações de controle da doença, pode interferir negativamente na adesão e por em risco a credibilidade do sistema de saúde (FIOCRUZ, 2014).

A TB é uma doença que assola a humanidade desde a antiguidade, entretanto, o avanço global e a negligência desta pelas autoridades e governos, fez com que parte da população acreditasse que é uma doença extinta e/ou que realmente chegasse a desconhecer a sua existência (RUFFINO-NETTO, 2002; BERTOLII FILHO, 2001). Esse estudo revelou que quase metade dos entrevistados não conheciam a TB antes de adoecer. Desta forma, aponta-se a necessidade de elaborar metodologias eficientes que permitam conhecê-la, pois o desconhecimento sobre a TB é um entrave para o controle da doença, uma vez que o doente pode não associar os sintomas à doença, retardar a procura pelos serviços de saúde e fortalecer a cadeia de transmissão (SREERAMAREDDY, KUMAR, AROKIASAMY, 2013; FREITAS et al., 2015).

Além disso, a OMS e o MS contam com a mobilização social e a participação comunitária no combate a TB (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011a), mas encontram como entrave, o desconhecimento da população no que diz respeito à magnitude da doença (FREITAS et al., 2015), devido a insuficiência e/ou mau direcionamento dos recursos que poderiam viabilizar o conhecimento da sociedade acerca desta enfermidade e contribuir com o fim do estigma, o qual contribui com o isolamento social dos doentes e pode interferir na adesão ao tratamento (WHO, 2014; RUFFINO-NETTO, 2002).

Neste sentido, é importante um empenho maior dos gestores públicos, de forma que facilite o direcionamento dos recursos que podem auxiliar na elaboração e prática de estratégias que transformem as informações veiculadas em conhecimento para os diferentes estratos sociais da população e produzir mudanças dos comportamentos e atitudes da sociedade, frente ao enfrentamento da doença (HARGREAVES et al., 2011; FREITAS et al., 2015).

O modo como o doente é acolhido nos serviços de saúde, a assistência integral e a escuta qualificada com orientações e esclarecimentos das dúvidas pertinentes a doença e ao tratamento, pode empoderá-lo, no sentido de torná-lo ciente dos seus direitos e responsabilidades (HINO et al. 2012; FIGUEIREDO et. al. 2011), além de garantir a satisfação com o tratamento (LUNA et al. 2015), posicionando-o como protagonista do processo de adesão e enfrentamento da TB, capaz de obter um prognóstico favorável a cura e de seguir a vida com dignidade.

No presente estudo, a maioria dos entrevistados informaram ter recebido orientações a respeito da doença, principalmente de Enfermeiros e Médicos, além de serem sempre atendidos pelos mesmos profissionais. Para favorecer a adesão ao tratamento da TB, é fundamental que além de conhecer a enfermidade, os doentes saibam como conduzir a terapia de forma correta, e para isso é necessário que estes sejam orientados pelos profissionais, quanto às condutas a serem tomadas e os possíveis desconfortos durante o enfrentamento da TB (BERTOLOZZI et. al, 2009). Além disso, o atendimento realizado pelos mesmos profissionais pode favorecer o vínculo entre os profissionais, doentes e familiares, e interferir positivamente na adesão (BERTOLOZZI et al., 2009; FIGUEIREDO et al., 2011).

Todavia, parte considerável dos doentes alegou não ter recebido nenhuma orientação a respeito da doença. O desconhecimento sobre a TB potencializa a vulnerabilidade dos doentes, no sentido de que fatores como os efeitos adversos e/ou ingestão irregular dos tuberculostáticos, alimentação inadequada, melhora clínica, o estigma e o isolamento social podem desfavorecer a adesão ao tratamento (TEMÓTEO et al., 2015; FREITAS et al., 2015).

Alguns entrevistados mencionaram a pesquisa na internet como fonte de informações e esclarecimentos. Na área da saúde, o uso adequado da internet é considerado uma estratégia poderosa para manejar diversas formas de enfrentamento (MORETTI et al., 2012) e oferecer melhorias na qualidade de vida dos usuários, por promover autonomia, pró atividade e confiança (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005); além de benefícios como a melhora no convívio social e aprendizado, redução da desesperança, enfrentamento das situações de vida, maiores conhecimentos sobre a doença e alívio emocional (BIRUEL, 2008).

O doente de TB deve ser visto de forma singular e integral, de modo que possa vir a ser acometido por outras enfermidades. Neste estudo, mais de um terço dos entrevistados alegaram possuir algum tipo de agravo associado a TB. A presença de comorbidades requer cautelas, devido a interações medicamentosas, efeitos colaterais e efeitos adversos (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014), fatores esses que compõem o processo saúde doença, e que podem interferir na adesão ao tratamento e inibir/retardar a obtenção da cura (WENDLING, 2011).

Este estudo também aponta que mais de um quarto dos entrevistados não haviam realizado o teste de HIV até o momento da coleta de dados, o que dificulta o rastreamento da coinfeção, e conseqüentemente o real conhecimento das taxas de associação HIV-TB. Entretanto, vale salientar que a quantidade de casos da associação HIV-TB identificados na pesquisa, corroboraram com os dados encontrados no banco da SMS/CG. A realização do teste de HIV deve ser realizada em todos os doentes com diagnóstico de TB (WHO, 2014), tendo em vista que esta é considerada uma doença oportunista, que se desenvolve quando o indivíduo encontra-se imunodeprimido e configura-se como a principal causa de morte em pessoas que vivem com o HIV/aids (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011a).

A detecção precoce da TB nas formas pulmonar e laríngea contribui para prevenção de casos novos, pois a cadeia de transmissão da doença é rompida nas primeiras semanas de tratamento (REIS-SANTOS et al., 2013). Entretanto, a maioria dos entrevistados tiveram o diagnóstico da TB entre 2 e 6 meses, após o início dos sintomas. Além de favorecer a disseminação da infecção, o diagnóstico tardio gera um impacto ainda mais negativo na vida do doente, uma vez que pode causar sequelas que comprometam o seu prognóstico, e conseqüentemente, a sua qualidade de vida, tanto durante o tratamento, quanto após a cura da TB (MACIEL et al., 2006; BOMBARDA et al., 2001; LUNA et al., 2015).

A maioria dos diagnósticos da TB foram realizados no Ambulatório de Referência em Tuberculose, o que corrobora com um estudo realizado no mesmo local, por Figueiredo et al. (2011), que constatou que os serviços de saúde referentes a TB se concentravam no serviço de

referência. Esses resultados podem dificultar o processo de adesão, pois o preconizado pelo MS é que os serviços sejam disponibilizados de forma descentralizada para as UBSFs, (ALBUQUERQUE; MOTA; FELISBERTO, 2015) por serem locais com maior acessibilidade, na tentativa de amenizar o sofrimento do doente em tratamento (BERTOLOZZI, 2005; FIGUEIREDO et al., 2011),

Este estudo também apontou que há fragilidades das UBSF's em diagnosticar e realizar o tratamento supervisionado da TB. Com a descentralização das ações de controle da TB, as UBSF's devem através de ações programáticas, realizar a busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnosticar e tratar a TB, a fim de garantir maior acessibilidade aos usuários dos serviços de saúde e efetividade nas estratégias de combate e controle da doença (TRIGUEIRO, 2011).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou conhecer as características de posição social dos doentes em tratamento da TB, além de aspectos de saúde-doença e do processo de trabalho em saúde, com informações fundamentais que correspondem ao conceito de adesão associado à determinação social do processo saúde doença.

A predominância da TB em pessoas do sexo masculino, na fase adulto jovem, com baixa escolaridade e renda insuficiente para transporte, educação, lazer e cuidados com a saúde, evidenciam características de determinação social, e revela a importância de oferecer apoios sociais que facilitem o enfrentamento da enfermidade. A baixa escolaridade, somada ao afastamento das atividades laborais e/ou estudo, renda familiar insuficiente e exposição à violência, apregoam maior vulnerabilidade, no tocante a precarização das condições de vida e de trabalho dos enfermos, que inseridos na desorganização social, deparam-se com dificuldades de acessibilidade, dentre as quais, acesso aos serviços de saúde, transporte, educação, segurança e lazer.

Desta forma, é necessário que os serviços de saúde ofereçam incentivos aos doentes, os quais já estão incluídos no PNCT, como meios de proteção social, pois o enfrentamento da TB está diretamente associado a mudanças de hábitos, afastamentos das atividades ocupacionais/estudo e o déficit financeiro individual e familiar; aspectos estes que se relacionam com a determinação social e que interferem no processo de adesão, os quais podem favorecer o abandono do tratamento e contribuir com a permanência da TB como problema de saúde pública.

Constatou-se que a maioria das pessoas em tratamento só vieram a conhecer a TB após o adoecimento, indicando maior vulnerabilidade individual e social, uma vez que a não identificação dos sintomas e a não associação com a doença podem retardar a procura pelos serviços de saúde. Além disso, o desconhecimento da enfermidade pode contribuir com a negação e o isolamento social, uma vez que a TB é uma doença estigmatizada pela sociedade.

O estudo revelou dificuldades no processo de trabalho em saúde e a necessidade da atuação e compromisso dos profissionais da atenção primária a saúde na busca ativa de sintomáticos respiratórios e na realização do TDO, a fim de diagnosticar precocemente e tratar corretamente, de forma que facilite a adesão e obtenção da cura da TB.

É de extrema importância que os profissionais de saúde atuem diretamente no esclarecimento das dúvidas a respeito da doença, a fim de viabilizar a satisfação dos doentes com o atendimento realizado, facilitar a adesão e conseqüentemente, alcançar a cura. Houve predominância de Enfermeiros durante os atendimentos, esclarecimentos e orientações a respeito do tratamento e da doença, reforçando a importância desses profissionais para o desenvolvimento das atividades de saúde pública, entre elas, as ações de controle da TB. Desta forma, espera-se que as informações encontradas contribuam no aperfeiçoamento das atividades e sirvam de ferramentas durante o processo de cuidar dos doentes em tratamento.

Contudo, espera-se que os resultados encontrados possam contribuir com o aprimoramento das estratégias de controle da TB e direcione olhares para a necessidade de implantação de medidas de proteção social, que possam amenizar as dificuldades encontradas pelos doentes em tratamento e pelos serviços de saúde, a fim de fortalecer o processo de adesão, amenizar o sofrimento dos acometidos, atingir as metas operacionais e possibilitar seguimento da vida com dignidade.

ARAÚJO, Aguinaldo José de. **Aspects of the adherence to the treatment of the tuberculosis associated to the social determination of the health disease process. 2015.** 37p. Work of Course of Conclusionation – TCC (Nursing in Graduated). State College of Paraíba, Campina Grande/PB, 2015.

ABSTRACT

Introduction: The tuberculosis (TB) is a disease of social determination that applies for special attention, because of being shaped like problem of public health, mainly in the developing countries. **Objective:** To identify aspects of the adhesion to the treatment of the tuberculosis linked to the social determination of the process greets disease, in the local authority of Campina Grande – PB. **Methodology:** Descriptive study and quantitative, when was carried out in Big Prairie–. The population of the study understood the cases of diagnosed TB and in treatment in the place of study, in the period of September of 2014 to July of 2015 (137 cases), which sample (75 cases) was obtained through the criteria of inclusion and exclusion. The studied variables were divided in three categories: Social position occupied by the persons in treatment of the TB, Aspects of health disease of the persons who are in treatment of the TB and Process of work in health. The data were prosecuted in the SPSS and analysed through getting the absolute and relative frequencies. **Resulted:** In the characteristics of social position there was predominance: masculine sex (61,4 %), age group between 20-39 years (44 %), low schooling (34,6 % between 4 and 7 years of study), without occupation (74,4 %), own house (68 %), exhibition the violence (28 %) and insufficient familiar income for transport (58,6 %), leisure (66,5 %), greets (66,5 %) and education (60,1 %). On the health aspects disease, there predominated the pulmonary form (75,4 %), new cases (86,7 %), which were between the 4th thing and the 5th month of treatment (47,6 %), with knowledge on the TB before falling ill (53,3 %) and satisfaction with the treatment (90,4 %). Regarding the characteristics of the process of work in health, the diagnoses were centralized in the Outpatient department of Reference in Tuberculosis (51,2 %), with around 2 to 6 months to be obtained (22,2 %) and treatments accompanied by UBSF's (56 %). **Conclusion:** They were identified aspects of the social determination of the process health disease that they influence the adhesion to the treatment of the tuberculosis, which need strategies that minimize the difficulties found by the patients in treatment and for the health services, in order to strengthen the process of adhesion, ease the suffering of the attacked ones, reach the operational marks and make possible the sequence of the life with dignity.

Keywords: Tuberculosis. Adhesion. Determination of the necessities of health. Process health disease.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. C.; MOTA, E. L. M.; FELISBERTO, E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológicas em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n.4, Rio de Janeiro, 2015.
- ALBUQUERQUE, G. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde e Debate**, v.38, n.103, p.953-65, Rio de Janeiro, 2014.
- ARAÚJO, K. M. F. A., et al. Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010. **Caderno de Saúde Coletiva**, n. 21, v.3, p. 296-302, 2013.
- BERTOLII FILHO, C. **A história social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001, 248p.
- 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. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v. 43, n. 2, p.1326-30, 2009.
- BERTOLOZZI M.R. et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Revista de Medicina**, v.93, n.2, 2014.
- BIRUEL, E. P. **Websites para diabéticos: uso da internet como instrumento de educação em saúde** [dissertação]. São Paulo: UNIFESP; 2008.
- BOMBARDA, S et al. Imagem em tuberculose pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, n.27, v.6, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**. Volume 44, n 02. Brasília, 2014. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/10/Boletim-Tuberculose-2014.pdf>. Acesso em: 17 de Jun. 2015a.
- _____. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Tuberculose: casos confirmados diagnosticados**, 2014. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 13 de mar. de 2015b.

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

COUTINHO, L. A. S. A. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de João Pessoa –PB, entre 2007 – 2010. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n.1, João Pessoa – PB, 2012.

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. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.20, p.217-24, 2012.

FARIAS, S. N. P. et al. A qualidade de vida de clientes portadores de tuberculose no contexto da atenção básica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, n.21, v.3, p.345-54, jul/set, 2013.

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

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

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Falta de medicamentos contra a tuberculose afeta cidades. Portal Fiocruz. Disponível em: Informe ENSP 2014, <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/falta-de-medicamentos-contratuberculose-afeta-cidades>. acessado em 10 de outubro de 2015.

FUJIWARA, P. I.; LARKIN, C.; FRIEDEN, T. R. Directly observed therapy in New York City. History, implementation, results, and challenges. **Clinic Chest Medicine**, v.18, p135-48, 1997

HINO, P. et al. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n.6, dez. São Paulo, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> . Acesso em 18 de mar., 2015.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistic a/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pes quisa=149, Acesso em 4 de outubro de 2015.

_____. Cidades. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/cidades> . Acesso em 3 de outubro de 2015.

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

MACIEL, E. L. N. et al. O perfil epidemiológico da tuberculose em crianças e adolescentes menores de quinze anos na Grande Vitória, Brasil, no período de 1990-2001. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.1, n.14, p.81-94, 2006.

MISHRA P. et al. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. **International Journal Tuberculosis Lung Disease**; n. 9, v.10, p. 1134-9, 2005.

MISHRA P. **Adherence to tuberculosis treatment under directly observed treatment, short-Course (DOTS) in Nepal: quantitative e and qualitative studies** [thesis]. Danish: The Danish University of Pharmaceutical Sciences; 2006.

MORETTI, F. A. et al. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Revista da Associação Brasileira de Medicina**, v.58, n.6. São Paulo, 2012.

MORRONE, N. et al. Tuberculose: tratamento supervisionado “vs.” Tratamento auto-administrado. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, n.25. v.4, 1999.

MUNRO, A. A. et al. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A systematic review of qualitative research. **Plos Medicine**, v.4, n.7, 2007.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Cebes, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, G. P. et al. Tuberculosis in Brazil: last ten years analysis - 2001-2010. **Jornal Brasileiro de Infectologia**. n.17, p.218-33, 2013.

PAZ, L. N. F. et al. Efetividade do tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n.4, p.503-10, 2012.

PEREIRA, A. G. L. Distribuição espacial e contexto socioeconômico da tuberculose, Rio de Janeiro, Brasil, **Revista de Saúde Pública**, v.49, n.48, Rio de Janeiro, 2015.

PILLER, R. V. B. Epidemiologia da tuberculose. **Pulmão**, n.21, v.1, p.4-9, Rio de Janeiro, 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 Publica**, v. 34, n.6, 2013.

PINTO M. L. et al. Ocorrência de casos de tuberculose em Crato, Ceará no período de 2002 a 2011: Uma análise espacial de padrões pontuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 313-325, 2015.

PINTO, V. S.; PAULA, R. A. C.; PARRON JR, M. Atenção suplementar nos municípios prioritários do Estado de São Paulo para pacientes em tratamento supervisionado da tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.14, n.3, p.111-2, São Paulo, 2006.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PNCT), Ministério da Saúde, Brasil. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

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

REIS-SANTOS, B. et al. Prevalence and patterns of multimorbidity among tuberculosis patients in Brazil: a cross-sectional. **International Journal Equity Health**, n.12, v.61, 2013.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n.35, v.1. p.51-8. São Paulo, 2002.

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

SREERAMAREDDY, C. T.; KUMAR, H. N. H.; AROKIASAMY, J. T. Prevalence of self-reported tuberculosis, knowledge about tuberculosis transmission and its determinants among adults in India: results from a nation-wide cross-sectional household survey, **BMC Infectious Diseases**, v.13, n.16, 2013.

SILVA, et al. O corpo do portador de tuberculose: enfrentamentos, dificuldades e projeções diárias na terapia ocupacional para obtenção da cura. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental**, v.2, n.3, p.1197-213, jul/set, 2010.

SILVA P. F; MOURA. G. S; CALDAS A. J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1745-1754, 2014.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients. **Interface**. n9, v.16, p.91-104, 2005.

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

TERRA F; BERTOLOZZI M. R. Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 659-64, 2008.

TRIGUEIRO, J.V.S. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.19, n.6, p. 1289-96, 2011.

WENDLING, A. P. B. **Tuberculose Pulmonar: estudo do abandono do tratamento na visão de profissionais de saúde de Belo Horizonte**. [tese] Belo Horizonte, Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Reaçu, Ago, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. **Geneva: World Health Organization;** 2011. Available from: http://www.who.int/tb/post2015_tbstrategy.pdf

_____. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva: **Geneva: World Health Organization;** 2014.

_____. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva: **Geneva: World Health Organization,** 2015a

_____. The Stop TB Strategy: vision, goal, objectives and targets [Internet]. **Geneva: World Health Organization;** 2015b. Available from: http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de 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 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

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.e) 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?	
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	
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).	
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	
11. RENDA FAMILIAR	
11.1. Considera a renda suficiente?	
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	
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	
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 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)..	
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	
99() NS/NR	
b) () Diabetes → 16.b) Se sim, qual? b.1. () Diabetes Mellitus tipo I (insulino-dependente)	
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) () Hemodíalise	
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?			
1) () Sim 3() às vezes/algumas			
2) () Não 99() NS/NR			

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

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