



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

EDNALDO MEDEIROS ALMEIDA JUNIOR

**PERCEPÇÃO DE DOENTES COM TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE
ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA**

**CAMPINA GRANDE
2019**

EDNALDO MEDEIROS ALMEIDA JUNIOR

**PERCEPÇÃO DE DOENTES COM TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE ACERCA
DO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a Coordenação do Curso de
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

**CAMPINA GRANDE
2019**

É expressamente proibido 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 do trabalho.

A447p Almeida Junior, Ednaldo Medeiros.
Percepção de doentes com tuberculose drogarresistente
acerca do enfrentamento da doença [manuscrito] / Ednaldo
Medeiros Almeida Junior. - 2019.
18 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de
Figueiredo, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Tuberculose. 2. Tuberculose Resistente a Drogas. 3.
Enfrentamento. 4. Acolhimento. I. Título
21. ed. CDD 616.995

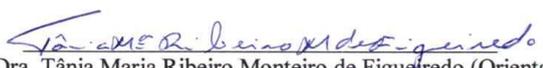
EDNALDO MEDEIROS ALMEIDA JUNIOR

PERCEPÇÃO DE DOENTES COM TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE ACERCA
DO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação/Departamento
do Curso de Enfermagem da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharelado em
Enfermagem.

Aprovada em: 21/11/2019.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Enf. Bueno Callou Bernardo de Oliveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profa. Me. Livia Menezes Borralho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

“É preciso força pra sonhar e perceber
Que a estrada vai além do que se vê.”

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	MATERIAIS E MÉTODOS	08
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	09
3.1	Categoria I - Maneira como o doente concebe a Doença.....	11
3.2	Categoria II - Dificuldades e facilidades relacionadas ao tratamento da tuberculose drogarresistente.....	12
3.3	Categoria III - Relações pessoais estabelecidas.....	13
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
	REFERÊNCIAS	16

PERCEPÇÃO DE DOENTES COM TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

Ednaldo Medeiros Almeida Junior¹
Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo²

RESUMO

A tuberculose configura-se como uma doença infecciosa de expressiva magnitude e importância global, permanecendo como um grande desafio a ser superado no âmbito da saúde pública, e apesar de ser uma afecção cujo tratamento e cura são amplamente difundidos, o surgimento de cepas resistentes do *Mycobacterium tuberculosis* se apresenta como um obstáculo para o controle eficaz da tuberculose. O presente estudo tem por objetivo descrever a percepção dos doentes com tuberculose drogarresistente acerca do processo de enfrentamento da doença. Trata-se um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado no ano de 2019, com uma amostra composta por oito doentes. A coleta de dados se deu a partir de entrevistas estruturadas, gravadas em áudio por meio de equipamento eletrônico e análise pelo referencial metodológico da Análise de Conteúdo de Bardin, com base na Teoria da Reciprocidade. Os achados deste estudo evidenciaram situações de reciprocidade simétrica e assimétrica, revelando sentimentos de confiança, conforto e pertencimento no desenvolver de interações positivas, assim como, de incompreensão, distanciamento e incertezas concernentes às relações negativas. No tocante ao processo de enfrentamento, os entrevistados expuseram deficiências no que diz respeito ao conhecimento sobre como se adquire a tuberculose e aos modos de transmissão que lhes são específicos. Além disso, a grande quantidade de medicamentos, bem como, o longo tempo de tratamento foram apontados como obstáculos principais ao enfrentamento da tuberculose drogarresistente. Em contrapartida, o acesso facilitado às medicações e aos serviços de assistência à saúde expuseram sentimentos de satisfação por parte dos usuários. Neste contexto, o acolhimento surge como estratégia constitutiva à construção de vínculo e capaz de promover modos de se fazer saúde mais humanizados e inclusivos, tendo em vista a estruturação de um modelo pautado na responsabilização e autonomização do cuidado. Ademais, é preciso atuar sobremaneira na promoção das ações que contribuam para o fortalecimento do Tratamento Diretamente Observado. Por fim, espera-se que gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil em geral, possam reconhecer a tuberculose drogarresistente como um fenômeno complexo e multifacetado, que se faz majoritariamente presente em circunstâncias de iniquidade social, necessitando, portanto, de um olhar diferenciado e individualizado para com os doentes, de modo a contribuir para o estabelecimento de uma rede de apoio bem estruturada e que permita o enfrentamento da tuberculose de forma digna e satisfatória.

Palavras-chave: Tuberculose. Tuberculose Resistente a Drogas. Enfrentamento. Acolhimento.

¹ Graduando em enfermagem, e-mail: almeida.ednaldomedeiros@gmail.com

² PhD em Saúde Pública, e-mail: taniaribeiro@ccbs.uepb.edu.br

PATIENTS PERCEPTION ABOUT COPING WITH DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

Ednaldo Medeiros Almeida Junior³
Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo⁴

ABSTRACT

Tuberculosis is an infectious disease with significant magnitude and global importance, remaining as a major challenge to be overcome in public health, and despite being a disease whose treatment and cure are widespread, the emergence of resistant strains of *Mycobacterium tuberculosis* presents as an obstacle to effective tuberculosis control. This study aims to describe the perception of patients with drug-resistant tuberculosis about the process of coping with the disease. Descriptive exploratory study with a qualitative approach, conducted in 2019, with a sample of eight patients. Data collection was based on audio structured interviews recorded through an electronic equipment and analysed by methodological framework of Bardin's Content Analysis, based on the Reciprocity Theory. This study evidenced situations of symmetrical and asymmetrical reciprocity, revealing feelings of confidence, comfort and belonging in the development of positive interactions, as well as misunderstanding, detachment and uncertainties concerning negative relations. Regarding the coping process, the subjects unveiled deficiencies in their knowledge about tuberculosis contamination and how it is transmitted specifically. Furthermore, the large number of drugs as well as the long treatment were pointed as major obstacles to coping with drug-resistant tuberculosis. In contrast, easy access to medications and health care services revealed feelings of satisfaction by the patients. In this context, the embracement emerges as a constitutive strategy for bonding and capable of promoting a more humanized and inclusive health care based on responsibility and empowerment. Moreover, it is necessary to act greatly in promoting actions that contribute to the strengthening of Directly Observed Treatment Short-Course. Finally, it is expected that governors, health professionals and society in general recognize drug-resistant tuberculosis as a complex and multifaceted phenomenon, which is mostly present in circumstances of social inequality requiring a differentiated and individualized look towards the patients, in order to establish a well-structured support network that allows coping with tuberculosis in a dignified and satisfactory manner.

Keywords: Tuberculosis. Tuberculosis Multidrug-Resistant. Adaptation Psychological. User Embracement.

³ Graduating in Nursing, e-mail: almeida.ednaldomedeiros@gmail.com

⁴ PhD in Public Health, e-mail: taniaribeiro@ccbs.uepb.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) configura-se como uma doença infecciosa de expressiva magnitude e importância global, permanecendo como um grande desafio a ser superado no âmbito da saúde pública. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, agente etiológico da doença. No Brasil, foram confirmados, entre os anos de 2001 e 2014, um milhão de novos casos; desses, cerca de 70.000 evoluíram para o óbito (SOARES et al., 2017; WHO, 2018; WHO, 2019).

Exemplo clássico de Determinação Social do Processo Saúde-Doença e, estando amplamente associada a situações de iniquidades, a TB também pode ser relacionada a outras condições, tais como o acesso restrito aos serviços públicos de saúde, a limitada adesão ao tratamento, ao comprometimento da imunidade celular, bem como, ao aumento da incidência de casos da doença causados por bacilos de crescente resistência (BERTOLOZZI et al., 2014).

Apesar de ser uma afecção cujo tratamento e cura são amplamente difundidos, o surgimento de cepas resistentes do *Mycobacterium tuberculosis* constitui um importante obstáculo para o controle eficaz da TB. O Ministério da Saúde, por meio do seu Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (2019), define a tuberculose drogarresistente (TB-DR) como a resistência a qualquer um dos fármacos do esquema básico ou especial de TB (BRASIL, 2018).

Na impossibilidade do uso da rifampicina, são utilizados fármacos de segunda linha, os quais necessitam de maior tempo de terapia medicamentosa e possuem um maior potencial de toxicidade. Dependendo da evolução de cada caso, o esquema terapêutico tem duração estimada entre 18 e 24 meses, sendo composto por medicamentos orais e injetáveis. Tais peculiaridades resultam por muitas vezes em esquemas terapêuticos complexos, que dificultam a adesão ao tratamento e a organização da rotina dos serviços de saúde (COSTA; MACHADO; OLIVEIRA, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 4,1% dos casos novos de TB, e 19% dos casos tratados previamente, apresentam algum tipo de drogarresistência. No ano de 2017, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) notificou no Brasil, 1.044 casos com resistência a medicamentos para tuberculose, dos quais 700 foram registrados como casos novos e 344 como retratamento (BRASIL, 2017; WHO, 2017; BRASIL, 2019).

O percentual de cura para os casos de TB MDR é baixo em todo o mundo, e em 2014, apenas 55% dos doentes que iniciaram a terapêutica foram tratados com sucesso (WHO, 2018). No Brasil, entre os casos de TB MDR e com resistência à rifampicina (TB RR) pelo Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM TB), o percentual de cura foi de 61,4% no ano de 2015. No mesmo ano, o estado da Paraíba atingiu um percentual de cura de 64,3%, e a capital João Pessoa, um percentual de 70% (BRASIL, 2018).

A longa duração dos esquemas medicamentosos para TB-DR, a quantidade diária de medicamentos e os efeitos adversos, juntamente com as barreiras sociais e financeiras, são fatores que dificultam por muitas vezes a adesão ao tratamento, comprometendo, por conseguinte, o controle da doença (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014; COSTA; MACHADO; OLIVEIRA, 2019).

Para Beraldo, et al. (2017) a adesão à terapêutica não diz respeito apenas a anuência à ingestão medicamentosa, mas sim a um processo dinâmico e multifacetado, que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais, demandando o compartilhamento de decisões e responsabilidades entre usuário, equipe de saúde e rede social de apoio, tendo em vista uma abordagem que atenda às subjetividades dos indivíduos, e que associe as orientações e

adequações dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida de cada um, bem como, ao suporte que este tem, seja no âmbito familiar, social e até mesmo emocional.

De acordo com a OMS, tendo em vista evitar a ampliação da resistência e aumentar a probabilidade de cura, é recomendável a tomada supervisionada da medicação, de modo a garantir o seu uso regular e possibilitar a identificação das vulnerabilidades que envolvem cada caso (RABAHI et al., 2017).

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível o estímulo às ações de prevenção da TB-DR, buscando seu diagnóstico precoce e reconhecendo o mais breve possível, fatores que possam dificultar o tratamento eficaz da TB sensível e da TB-DR, visando sempre diminuir os índices de abandono da terapêutica e, promovendo, de forma geral, a adequada adesão ao tratamento (COSTA; MACHADO; OLIVEIRA, 2019).

A fim de nortear tais ações, torna-se essencial significar a experiência, anseios e expectativas dos doentes com TB-DR, identificando as peculiaridades envolvidas no processo saúde-doença, e analisando o acesso aos serviços de saúde. Em face ao exposto, o presente estudo teve por objetivo descrever a percepção dos doentes com TB-DR acerca do processo de enfrentamento desta enfermidade no município de Campina Grande-PB, entre os anos de 2016 e 2018.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa configura-se como um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, a partir do qual foi possível descrever a percepção de doentes com TB-DR acerca do tratamento da doença, tendo como base, a Teoria da Reciprocidade.

O princípio da reciprocidade pode assumir variadas formas, as quais podem ser positivas e negativas, estando disposto em diferentes níveis e modos que lhe são específicos, estes apresentados em três: o real, o simbólico (a linguagem) e o imaginário (as representações) (SABOURIN, 2012). Sendo assim, a teoria pode ser expressa a partir do modelo da tríplice obrigação, representada por “dar, receber, retribuir”.

O estudo foi realizado no município de Campina Grande, estado da Paraíba, situado na mesorregião do agreste paraibano, com população estimada para 2019 de 409.731 habitantes, estes distribuídos em uma área territorial 593,026 km² (IBGE, 2019). O município é sede da 2ª Macrorregião de Saúde do Estado, englobando outras 5 regiões de saúde, sendo referência para mais de um milhão de habitantes (PARAÍBA, 2018). Sua rede de saúde conta com um centro de referência em Tuberculose, serviço de nível secundário de atenção que realiza o acompanhamento dos casos que apresentam drogaresistência.

A população do estudo foi composta por todos os casos de TB-DR notificados no município de Campina Grande (PB), no período compreendido entre os anos de 2016 e 2018 (N = 17). Os participantes foram selecionados segundo a análise do banco de dados do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB), solicitado junto à Secretaria Estadual de Saúde.

Como critérios de inclusão foram considerados: idade igual ou superior a 18 anos, casos de TB-DR cuja notificação ocorreu entre janeiro de 2016 a dezembro de 2018 e residentes na Paraíba. E como critérios de exclusão: aqueles que se encontravam em situação de institucionalização, privados de liberdade, com capacidade de compreensão e/ou comunicação comprometida ou que não puderam ser localizados. Dos dezessete doentes selecionados segundo os critérios de inclusão, dois foram excluídos por óbito, três não foram encontrados devido a mudanças no endereço, dois se negaram a participar da pesquisa, e dois possuíam incapacidade de compreensão e comunicação, sendo assim, a amostra foi composta por oito doentes.

A obtenção dos dados secundários, através dos quais foi possível traçar o perfil

sociodemográfico dos participantes da pesquisa, se deu através da consulta aos prontuários no Serviço Municipal de Referência em Tuberculose de Campina Grande – PB. Os dados primários foram coletados a partir de entrevistas estruturadas, gravadas em áudio por meio de equipamento eletrônico, nos serviços de saúde e/ou no domicílio dos entrevistados, durante os meses de junho e julho de 2019.

Para coleta dos dados foi utilizado um questionário com questões que contemplaram, primeiramente, o perfil sociodemográfico e, logo em seguida, questionamentos acerca da percepção do entrevistado sobre seu processo de adoecimento e tratamento da TB-DR, além da revisão de informações e condutas propostas pelo Ministério da Saúde (MS) em seus protocolos e manuais, com objetivo de contemplar todas as características básicas relacionadas ao tratamento do doente com TB.

As entrevistas foram integralmente transcritas e armazenadas através do software *Microsoft Word 2010*. Para identificação dos depoimentos utilizou-se de uma sigla formada pela letra E (Entrevistado), seguida do número do questionário utilizado, da primeira letra correspondente ao sexo (M) ou (F) e da idade (em anos). A fim de evitar possíveis erros de digitação e interpretação, os dados obtidos foram computados através da técnica da dupla digitação.

Os depoimentos foram analisados com base no referencial metodológico da Análise de Conteúdo de Bardin, que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011).

Com relação aos aspectos éticos, todos os participantes foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa e aceitaram participar de forma voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo-lhes assegurado o anonimato na divulgação das informações. O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba-CEP/UEPB, Parecer nº 14465019.9.0000.5187, atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e, obtendo assim, a autorização da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba para realização do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo oito pacientes em situação de resistência a pelo menos dois fármacos de primeira linha para o tratamento da TB, sendo seis do sexo masculino e dois do sexo feminino, com predominância da faixa etária entre 30 a 59 anos (cinco pacientes).

Com relação ao nível de escolaridade, quatro entrevistados não chegaram a concluir o ensino fundamental, um não havia concluído o ensino médio, dois eram analfabetos, enquanto apenas um possuía o ensino médio completo (Tabela 1).

No que se refere à fonte de renda (Tabela 1), três dos entrevistados recebiam aposentadoria ou pensão, três estavam desempregados, dois possuíam trabalho informal, e apenas três eram beneficiários de programa de transferência de renda.

Tabela 1- Distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas.

Variável	Categoria	N
Sexo	Masculino	06
	Feminino	02
Idade	30-59 anos	05
	Acima de 60	03
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	04
	Ensino Médio Incompleto	01
	Ensino Médio Completo	01
	Sem Escolaridade	02
	Trabalho Informal	02
Fonte de renda	Desempregado	03
	Aposentado/Pensionista	03
Beneficiário de programa de transferência de renda	Sim	03
	Não	05

Fonte: O Autor, 2019.

Quanto aos tratamentos anteriores, cinco participantes afirmaram que já haviam se tratado anteriormente, e quatro possuíam entre 2 e 3 tratamentos. Quando perguntados acerca da situação que levou ao encerramento do tratamento, quatro responderam ter obtido a cura como desfecho para a doença e um afirmou ter abandonado o tratamento.

No tocante à duração do esquema medicamentoso atual, quatro dos entrevistados realizavam tratamento em regime de 12 meses, e quatro eram tratados em regime de 18 meses, dos quais seis eram acompanhados pela referência e dois pela Unidade Básica de Saúde mais próxima. Relativamente à modalidade do tratamento, cinco pacientes disseram ter realizado o TDO.

Tabela 2- Aspectos Clínicos Epidemiológicos.

Variável	Categoria	N
Tratamentos Anteriores	Sim	05
	Não	03
Se sim, quantos?	Um	01
	Dois	02
	Três	02
	NS/NR	03
Situação de encerramento do(s) tratamento(s) anterior(es)	Cura	04
	Abandono	01
	NS/NR	03
Duração do tratamento atual	12 meses	04
	18 meses	04
Acompanhamento	UBS	02
	Referência	06
Tratamento	Autoadministrado	03
	TDO	05

Fonte: O Autor, 2019.

A análise dos dados qualitativos, coletados a partir das entrevistas, foi estruturada em categorias estabelecidas com base no objetivo do estudo, sendo elas: categoria I - Maneira como o doente concebe a doença; categoria II - Dificuldades e facilidades relacionadas ao tratamento da tuberculose drogarristente; e categoria III - Relações pessoais estabelecidas.

3.1 Categoria I - Maneira como o doente concebe a Doença.

O processo saúde-doença sob o qual a tuberculose se expressa ultrapassa os limites da esfera biológica, pois exprime condições que marcam profundamente a vida da pessoa acometida, inclusive socialmente (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2016). Tendo em vista esse pressuposto e, a partir da análise do seguinte discurso, é possível perceber que a debilidade física manifesta na tuberculose ocasiona mudanças na rotina do doente, impedindo-o da realização de atividades de sua vida diária.

“Eu comecei tossindo, com dor de cabeça, dor de cabeça aqui na testa, e era quente, sabe? Minha cabeça também. Muita febre, 38, 39 de febre e eu acho que eu passei umas duas semanas em casa assim. Eu num saía de casa, eu era mai em casa. Sentia muita dor no meu corpo “todin”, nas perna. Era inchado demai, os pés, as perna” E1F46

Em alguns casos o impacto não se dá apenas no cotidiano do doente e de sua família, mas se traduz também no aspecto socioeconômico, pois além das limitações da capacidade funcional, as fortes manifestações clínicas geram para aquele indivíduo repetidas hospitalizações, produzindo assim, maiores gastos em saúde pela utilização dos serviços assistenciais (TORRICO, et al., 2016).

“[...] eu começava a vomitar, vomitar, vomitar, vomitar, vomitar [...] Ai veio cansaço. [...] Ai pronto, “num” aguentei “mai” não. Ai tive que ir “pa” UPA. Ai da UPA [...], que eles “pidiru” “pra” eu me internar” E4M39

Tal cenário evidencia o quão negativamente a tuberculose pode interferir no modo de vida do doente, tendo em vista que além das repercussões físicas e biológicas, sua presença gera situações capazes de privá-lo de atividades rotineiras, o que pode representar risco maior para o abandono da terapêutica (TEMOTEO, 2015).

Embora estejamos tratando de uma doença milenar e de grande circulação mundial, a TB ainda traz consigo a marca do desconhecimento acerca de sua causa, transmissão e tratamento, estando permeada por mitos e crenças que tendem a dificultar o controle efetivo da doença, como se percebe nas seguintes elocuições:

“Quando eu comecei isso [tuberculose] foi principalmente por causa de cigarro.” E4M39

“Eu peguei tuberculose porque, na cadeia, porque eu tava dormindo no chão, no colchão, “num” tem? Ai “os pessoal” passa muito, aí cinza de cigarro, a respiração, a pessoa respira aí fica “pegano” a tuberculose, aí vai “pros pulmão”. Foi o médico que falou “pra” mim lá no posto de saúde.” E7M35

Os discursos errôneos adotados pelos doentes, bem como, as orientações que lhes são expressas de maneira não aclarada no que diz respeito aos modos de transmissão da TB, tendem a impedir o diagnóstico precoce e tratamento oportuno da doença e favorecem a perpetuação da cadeia de transmissão de seu agente etiológico entre os profissionais e na população em geral. Ademais, a falta de conhecimento sobre a doença faz com que estes indivíduos estejam inseridos em um ambiente de vulnerabilidade e segregação social (SOBRINHO, et al., 2014; BRASIL, 2018).

“[...] quando saiu o exame ela [médica] disse que eu tava com tuberculose e pneumonia. Aí ela disse que eu fosse fazer o tratamento no posto, separasse tudo, assim, tudo meu no quarto. As coisa minha: “culé”, prato, tudo, ficasse separado meu. [...] minha mãe que morava mais eu, eu mandei pra casa do meu irmão com medo de ela pegar né? Ela já é uma senhora de 80, 80 anos já. [...] Eu num saía de casa, eu era mai em casa.” E1F46

Cabe ressaltar que a falta de conhecimento está entre os principais fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB, ocasionando dificuldades para o controle da doença no âmbito da saúde pública. Sendo assim, é preciso enxergar a educação em saúde como um aliado importante no combate à doença, pois torna possível a participação de usuários e familiares em atividades relacionadas à prevenção e promoção da saúde, e subsidia a adoção de hábitos e condutas que favoreçam o controle da TB e promovam a melhoria da assistência aos doentes.

3.2 Categoria II - Dificuldades e facilidades relacionadas ao tratamento da tuberculose drogarresistente.

Devido as diversas dificuldades quanto a interpretação dos testes de sensibilidade dos fármacos de primeira e segunda escolha, no Brasil, opta-se pela padronização do tratamento da tuberculose, inclusive, para os casos de resistência aos anti-TB. Considerando-se o estabelecimento desses padrões, a composição do esquema terapêutico da TB MDR deve utilizar, no mínimo, quatro fármacos cuja efetividade seja conhecida e que, preferencialmente, não tenham sido anteriormente utilizados. Além disso, para casos específicos, pode-se haver esquemas com mais de quatro drogas (BRASIL, 2018).

Em razão das suas peculiaridades, o regime terapêutico da TB MDR pode sofrer expressivas mudanças, sendo necessária a utilização de fármacos de segunda linha, bem como, que se tenha prolongado o tempo de antibioticoterapia. Considera-se ainda, o uso de medicação injetável na primeira fase, que pode ser administrada por um período superior a seis meses (WHO, 2017; BRASIL, 2018; PIRES, 2014; RABAHI et al., 2017). Tais características foram apontadas como dificuldades pelos entrevistados:

“[...] era muito remédio. “Tumei” muita injeção e era muita medicação. Teve um tempo que eu “tumei” 21 “comprimido” num dia, de tanto remédio que eu tava “tumando”. Pra mim teve só dificuldade. Porque era “difíci” pra mim as coisa.” E1F46

“[...] foi o jeito tomar as “injeção todinha” que o médico de lá passou. “Num” gostei não, foi o jeito “tumá.” E4M39

“Eu tomo é, nove “comprimido” e a injeção, um dia sim e outro não.” E7M35

“Eu acho que devia ter um tratamento melhor e menos comprido.” E6M67

Apesar do notável descontentamento no que diz respeito à grande quantidade de medicamentos e em virtude do prolongado tempo de tratamento, houve também, por parte de alguns usuários, sentimentos de conforto e satisfação manifestos, identificados em suas falas ao destacarem a facilidade no acesso àquela medicação e aos serviços de saúde.

“O tratamento era legal, tinha remédio “pa tomá”, tudo, sempre tomava, tudo direitinho.” E5M34

“A medicação certa, exata, dada pela enfermeira. Eu tô achando muita facilidade em tratar.” E6M67

Neste contexto, a adesão ao tratamento deve ser conduzida por meio de ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, de maneira que se alie orientação, adequação dos esquemas medicamentosos ao modo de vida do doente, esclarecimentos de dúvidas, suporte social e familiar. Dessarte, cabe destacar a equipe de enfermagem, haja vista a participação desses profissionais na condução dos casos de TB, atuando para a prevenção, controle e eliminação da doença e, zelando pela garantia da realização do tratamento diretamente observado (TDO), evitando-se, assim, intercorrências que favoreçam a falência e o abandono da terapêutica, a recidiva em TB e o desenvolvimento da TB resistente (BERALDO, et al., 2017).

Com base nestes discursos, destaca-se a importância de se ter estabelecido o vínculo paciente-profissional-serviço de saúde, uma vez que, a partir do laço que se traduz dessa relação, o usuário passa a se sentir mais confortável para elucidar eventuais dúvidas e se expressar a respeito do seu processo terapêutico. Além disso, estabelecido esse vínculo, é dada ao doente a oportunidade de assumir o protagonismo que lhe é devido no binômio saúde-doença, o que impacta positivamente na adesão ao tratamento e contribui para o controle efetivo da TB (FURLAN; JÚNIOR; MARCON, 2017).

3.3 Categoria III - Relações pessoais estabelecidas

Reciprocidade e solidariedade são termos correspondentes entre si, cujo sentido é empregado para designar mutualidade. À luz da antropologia, a reciprocidade indica um ato reflexivo diferente do que acontece numa relação de simples troca. Ostrom (1998) defende a reciprocidade sob a concepção do compartilhamento. Esta, por sua vez, tende a produzir valores que exprimem sentimentos de confiança e pertencimento, e fortalecem a noção daquilo que se entende por solidariedade, força e unidade (SABOURIN, 2012).

Neste sentido, o núcleo familiar e a sociedade exercem relevante influência sob o doente, pois à medida em que se tem construída uma estrutura em que ambos os lados se auxiliam, o arranjo simétrico existente passa a produzir valores éticos, tais como equidade, justiça, comprometimento e credulidade (SABOURIN, 2012). Como é possível perceber nos seguintes trechos:

“A família “tudin”, “tudin” que me ajudava aqui. Minha irmã, minha irmã que trabalha lá em cima, só não a “ota”, que a “ota” “num” conto muito com ela não. E a de baixo que mora ali, que mora ali. Elas que “vinha”, que ficava aqui comigo, “mai” a mais preocupada com eu, que fica comigo, que ficava comigo é a dali de cima, que trabalha no Alto Branco.” E4M39

“E a família tudo, as “pessoa” me apoiava tudo, sempre tive apoio de tudo e de todos.” E5M34

“[...] eu tinha toda ajuda de todo mundo. Sempre tinha. Principalmente a minha mãe, que a facilidade era só ela, só “mermo” sabe?” E5M34

“[...] na cadeia a pessoa tá tudo jogado se “num” for a família da pessoa “pa” ajudar, fica tudo jogado lá dentro. Arriscado até perder a vida, como eu já vi muito amigo meu perdendo a vida com tuberculose. Minha família foi “resolvendo” lá no fórum e no hospital. Ai resolveu.” E7M35

De acordo com Martins et al. (2019), o amparo familiar constitui suporte social relevante para o doente com TB que busca por atendimento em saúde. Isso porque, o estímulo e a supervisão da família permite que o mesmo perceba mais rapidamente as transformações promovidas pela doença, contribuindo para o diagnóstico precoce.

Ainda no contexto das relações simétricas e positivas, o princípio da reciprocidade entre pessoas com necessidades de saúde e profissionais que consideram tais necessidades, reside na ambientação de um processo de acolhimento que ofereça ao doente o devido reconhecimento de suas demandas e a adequada compreensão acerca do seu regime de adoecimento, tornando possível a construção de vínculo e autonomia (LOPES et al., 2015).

Os participantes do estudo apresentaram uma postura de conforto, gratidão e confiabilidade em relação à equipe que os acompanhavam:

“Aí depois que me liberaram é que ficou melhor ainda. Porque às “vêi” eu vou “pro” posto, aí chego lá no hospital, as meninas dão injeção, dá o remédio. Agora quando elas me “vê”, elas já “vai” logo pegando os “remédio” “pa” mim lá. Eu “num” espero nem fila, elas já “vai” me dando a injeção.” E7M35

“Todo dia ele [Agente Comunitário de Saúde] vem trazer o remédio, aí é o que me ajuda.” E4M39

“Sempre teve facilidades, eu era tratado bem e tudo [na unidade de saúde]” E5M34

No entanto, é preciso que se entenda a dualidade conceitual que se pode inferir a partir da ideia de reciprocidade. Pois, ao mesmo tempo em que sentimentos positivos podem emergir, é possível que sentimentos negativos também possam despontar dessa troca, o que vem a caracterizar uma forma negativa de reciprocidade, proveniente de uma relação denominada assimétrica (SABOURIN, 2012).

Essa assimetria se faz presente no discurso quando da ausência de mutualidade na intervenção que se tem descrita, considerando que a profissional identificada apenas repassa a medicação ao doente, sem apropriá-lo do conhecimento devido. Assim, não é possível observar uma relação de solidariedade (SABOURIN, 2012).

“Aí Chegou lá a médica disse que num precisava ver os exame, aí me deu um “bucado” de remédio e injeção e oto remédio e mandou eu “vim simhora”.” E1F46

Em face ao exposto, é importante salientar que a vivência de uma prática acolhedora deve permear todas as relações de cuidado, com a finalidade de promover a humanização da

relação profissional-paciente-família, por meio da criação de vínculos, escuta e estima que atuam na resolução do problema de forma positiva, descartando a possibilidade do surgimento de sentimentos negativos que repercutem negativamente na vida do paciente (LOPES et al., 2015).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos, pode-se afirmar que a drogaresistência em TB está inserida como um importante problema no âmbito da saúde pública, atuando como uma variável que dificulta o controle efetivo dessa enfermidade frente ao cenário atual.

No tocante ao processo de enfrentamento, os entrevistados expuseram deficiências no que diz respeito ao conhecimento sobre como se adquire a TB e aos modos de transmissão que lhes são específicos. Tal fator gera preocupação, considerando que as limitações acerca desse conhecimento tendem a se traduzir em situações de vulnerabilidade e comprometem a continuidade do tratamento, favorecendo a perpetuação da cadeia de transmissão da doença.

Destacam-se também as mudanças no cotidiano dos indivíduos acometidos, devido, principalmente, às manifestações clínicas da doença, que implicam em limitações e dificuldades para a realização das suas atividades rotineiras. Além disso, a grande quantidade de medicamentos, bem como, o longo tempo de tratamento foram apontados como obstáculos principais ao enfrentamento da TB-DR. Em contrapartida, o acesso facilitado às medicações e aos serviços de assistência à saúde expuseram sentimentos de satisfação por parte dos usuários. Neste contexto, o acolhimento surge como estratégia constitutiva à construção de vínculo e capaz de promover modos de se fazer saúde mais humanizados e inclusivos, tendo em vista a estruturação de um modelo pautado na responsabilização e autonomização do cuidado. Outrossim, é preciso atuar sobremaneira na promoção das ações que contribuam para o fortalecimento do Tratamento Diretamente Observado.

Por fim, ainda com relação ao enfrentamento da TB-DR, os achados deste estudo expuseram situações de reciprocidade simétrica e assimétrica, revelando sentimentos de confiança, conforto e pertencimento no desenvolver de interações positivas, assim como, de incompreensão, distanciamento e incertezas concernentes às relações negativas.

Diante disso, espera-se que gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil em geral possam reconhecer a TB-DR como um fenômeno complexo e multifacetado, que ultrapassa as barreiras do campo biológico e se faz majoritariamente presente em circunstâncias de iniquidade social, necessitando, portanto, de um olhar diferenciado e individualizado para com os doentes, de modo a contribuir para o estabelecimento de uma rede de apoio bem estruturada e que permita o enfrentamento da TB de forma digna e satisfatória.

Ademais, o estudo teve como limitações o número de participantes, devido a gravidade da doença, cuja incidência se dá sobre uma parcela significativamente menor de indivíduos, aos critérios de exclusão utilizados para a obtenção da amostra, bem como, ao atraso na liberação do banco de dados pela gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: edições 70, 229 p. 2011.

BERALDO, A. A. et al. Adesão ao tratamento da tuberculose na atenção básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Escola Anna Nery**, 21(4), 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde. v. 48, n. 8, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde. v.49, n. 11, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 50, n.9, 2019.

COSTA, P. V.; MACHADO, M. T. C.; OLIVEIRA, L. G. D. Adesão ao tratamento para tuberculose Multidroga Resistente (TBMDR: estudo de caso em ambulatório de referência, Niterói (RJ), Brasil. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, 27 (1): 108-115, 2019.

FURLAN, M.C.R; JÚNIOR, A.G.S.; MARCON, S.S. Vínculo com o profissional de saúde no tratamento de tuberculose: percepção dos usuários. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**. v.7, 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Campina Grande/PB: IBGE.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.

MARTINS, M. D. R. et al. Serviço de saúde procurado pelas pessoas com sintomas da tuberculose. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, ex, p. 1-17, 2019.

OSTROM, E. A behavioural approach to the rational-choice theory of collective action. **American Political Science Review**, 92, p. 1-22, 1998.

PARAÍBA. Governo da Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução n° 43/18**, de 25 de junho de 2018.

PIRES, G. M. et al. Resistência de Mycobacterium tuberculosis aos tuberculostáticos em Moçambique. **J Bra Pneumol**. 40(2): 142-147, 2014.

RABAHI, M. F. et al. Tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 43, n. 6, p. 472-486, 2017.

RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA M. C. S.; FERREIRA, M. A. Representações sociais da tuberculose por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69, n. 3, p. 532-537, 2016.

SABOURIN, E. Reciprocidade e análise de políticas públicas rurais no Brasil. **Revista do Centro de Estudos Rurais**, Campinas, v. 6, n. 2, p. 53-90, 2012.

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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(8): 1745-1754, 2014.

SOARES, M. L. L., et al. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(2):369-378, abr-jun 2017.

SOBRINHO, S. et al. Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enfermagem**. v.19, n.1, p.34-40, 2014.

TEMOTEO, R.C.A. **Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos de vulnerabilidade individual e social**. [Dissertação de Mestrado]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. 2015.

TORRICO, M. M. et al. Existe razão para reabilitação pulmonar após o tratamento quimioterápico bem-sucedido para tuberculose?. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.42, n.5, p. 374-385, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Report 2017. Geneva: WHO; 2017. Acesso em: 20 set. 2019. Disponível em: <[http:// who.int/iris/handle/10665/259366](http://who.int/iris/handle/10665/259366)>. ISBN 978-92-4-156551-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Report 2018. Geneva: WHO; 2018. Acesso em: 20 set. 2019. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/274453>>. ISBN 978-92-4- 156564-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: WHO; 2019. Acesso em: 20 set. 2019. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/329368>>. ISBN 978-92-4- 156571-4.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por ter me tornado forte, perseverante e capaz, e por todas as graças sobre mim derramadas. É Ele o meu sustento e a minha fortaleza.

À minha mãe, Joana D'arc, a quem eu dedico todos os meus esforços para chegar até aqui. Porque foram os seus esforços que pavimentaram a estrada dessa minha difícil, porém, exitosa caminhada.

Aos meus avós e pais, José Augusto e Maria José, pelo seu amor, carinho, exemplo e dedicação. Foram eles a minha base, o alicerce para essa conquista.

À minha noiva, Ana Paula, pelo seu apoio e encorajamento nos momentos mais difíceis. Por sempre ter estado ao meu lado, sem que jamais tenha me deixado desanimar. As suas palavras foram alento ao meu coração, o seu exemplo fonte de inspiração, e o seu amor como refúgio para mim.

À minha sogra, Maria do Carmo, que me acolheu como filho e em tantos momentos me ajudou.

À minha orientadora, Professora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, por tão bem ter me recebido em seu grupo de pesquisa, pela confiança depositada e pela generosa oportunidade para a realização desse trabalho.

A Bueno, pela paciência, disponibilidade, empenho e valorosa contribuição.

Aos meus colegas de turma, por cada um dos momentos compartilhados, da fraternidade dos corredores às brincadeiras em sala de aula, e por fazerem dos nossos dias mais leves e felizes. Em especial, às minhas amigas, Ana Caroline, Dayane, Camila, Débora, Sonara, Ana Paula e Valeska. O laço significado pela nossa amizade é marca indelével sobre mim e ultrapassa as barreiras da universidade.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os funcionários e corpo docente que compõem o Departamento de Enfermagem da UEPB, por terem sido, ao longo desses cinco anos, uma extensão da minha casa e da minha família.