



Universidade Federal
de Campina Grande

**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA-UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RUBENS FELIX DE LIMA

**CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS EXISTENTES EM PORTADORES DE
TUBERCULOSE PULMONAR USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**

CAJAZEIRAS-PB

2012

RUBENS FELIX DE LIMA

**CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS EXISTENTES EM PORTADORES DE
TUBERCULOSE PULMONAR USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

CAJAZEIRAS-PB

2012

RUBENS FELIX DE LIMA

**CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS EXISTENTES EM PORTADORES DE
TUBERCULOSE PULMONAR USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida -UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em ____ / ____ /2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV/CFP/UFCG

Prof^ª. Ms. AissaRomina Silva do Nascimento
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV/CFP/UFCG

Prof^ª. Esp. Iluska Pinto da Costa
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – ETSC/CFP/UFCG

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, todo poderoso, que vem me abençoando a cada dia; dedico também à minha mãe, a pessoa mais importante em minha vida que enche de amor, carinho e alegria, os meus dias e ao meu irmão Ricardo (em memória) pela sua alegria e altruísmo em vida, nos quais me espelho.

AGRADECIMENTOS

Sobretudo, a **DEUS**, por ter me iluminado com esta oportunidade única de realizar este curso superior e me permitir transpor todas as barreiras que surgiram nestes anos de graduação.

Aos meus pais que me deram a vida e me ensinaram a viver com dignidade e a respeitar o ser humano na sua essência, em especial a minha mãe que sempre me incentivou e fez o possível e o impossível para que me tornasse um profissional graduado e capaz agora de buscar meus próprios caminhos, obrigado mãe pelo apoio, pela preocupação, por me ajudar sempre, nas horas certas e incertas. Eu te amo muito.

Aos meus irmãos, pelo apoio em todas as situações, o estímulo, e por me compreender quando não pude lhes dar a atenção que mereciam devido, a dedicação que a vida acadêmica me exigia, e agradeço principalmente por saber que a minha vitória é a vitória de cada um de vocês (Suelda, Ricardo, Renildo, Rivanildo, Rildo e Rubenildo).

Às minhas tias Neves e Jacira, pelo carinho, e apoio dado sempre que precisei.

Aos meus primos, em especial a Eloi pelos momentos compartilhados na busca pelo conhecimento e pelo incentivo que sempre me propiciou.

A todas as amigas verdadeiras que conquistei nestes anos de universidade em especial Samiramys (Samy); Emanuel (Rico bem Novin); Washington (Dodô); Maria da Conceição (Ceixa); Renata (Ingrata); Fernanda (Nandinha); Alynne (Nina); Perla, Evódia, Euzerlane (Laninha); Vaninha; aos irmãos Danisio e Danilo; Yara; Jucilene (Ju); e Fernandinha nunca me esquecerei dos maravilhosos momentos que vivemos juntos, nossas alegrias, aventuras, tristezas, expectativas, momentos que fizeram parte do meu crescimento pessoal, pois cada um de vocês me ensinou muito sobre a vida e como é bom viver, sempre estarei presente em suas vidas e mesmo que distante nossa amizade sempre se manterá.

Às minhas professoras e amigas Aissa e Iluska pelas quais tenho grande admiração, pois sempre me mostraram uma amizade incondicional, sempre fazendo tudo que podiam para me ajudar, seja em conversas, em orientações, em conselhos me norteando sempre para o bem. Quero dizer-lhes que a convivência com vocês nestes tempos de universidade me trouxe muita alegria e grande aprendizado. Aissa com seu jeito extrovertido e sempre irreverente que cativa todos ao seu redor, e que sempre procura ajudar a todos que necessitam, e a querida professora Iluska cuja sabedoria, jeito meigo e doce de ser, cuja humanização é evidente em cada gesto que dedica ao próximo, além de ser um modelo de profissional na qual sempre

busco me inspirar para exercitar a arte do cuidar, por tudo isso as agradeço e sigo admirando-as sempre.

À minha amiga e preceptora do estágio na Estratégia de Saúde da Família M. J. J., Enfermeira Kenya, pelo apoio e segurança, por nos fazer sentir verdadeiros enfermeiros. E a todos da equipe de saúde da família que compõe a ESF M.J.J. , dentre eles a minha amiga a Técnica de enfermagem Sheyla, e a todos os ACS pelo apoio e torcida que sempre me dedicaram.

À minha orientadora Mônica Paulino, pelo exemplo de profissional que é, por conduzir com maestria a orientação deste estudo, sempre compreensiva e solícita, abrindo caminhos para o mundo de conhecimento, e sempre apropriando a enfermagem do saber científico e inspirando a minha vida profissional que está se inicia. Obrigado professora principalmente por acreditar no meu potencial e pelas oportunidades que me proporcionou na vida acadêmica sempre primando pela socialização do conhecimento.

Aos meus amigos de Coremas José e sua esposa Ivone pelo apoio, e incentivo em todos os sentidos, por me mostrarem o quanto é importante valorizar o estudo, para a formação digna de um cidadão comprometido com um mundo melhor.

A minha turma de amigos em Coremas Stenio; Railson, Fabiano; Tatyane; Priscila; Elen (Pretinha); Kleber (Alisson); e Carminha pelo apoio e consideração, pelos momentos alegres e de descontração proporcionados todas as vezes que retornava a minha terra natal e que nestes anos de estudos, funcionaram como refúgio para o enfretamento dos empecilhos que a formação superior nos impõe.

A Eliano (Nando) por ter me proporcionado viagens tranquilas e cheias de descontração e por ter se mostrado sempre pronto a me ajudar nas horas que mais precisei.

E por fim a todos aqueles que de forma direta ou indireta colaboraram para a realização deste estudo, especialmente, aos portadores de tuberculose participantes desta pesquisa, não tenho palavras que façam justiça a meu sentimento de gratidão.

[...] Na ascensão barométrica da calma,

Eu bem sabia, ansiado e contrafeito,
Que uma população doente do peito
Tossia sem remédio na minh'alma!
E o cuspo que essa hereditária tosse
Golfava, à guisa de ácido resíduo

Não era o cuspo só de um indivíduo

Minado pela tísica precoce.

Não! Não era o meu cuspo, com certeza

Era a expectoração pútrida e crassa
Dos brônquios pulmorares de uma raça
Que violou as leis da Natureza!
Era antes uma tosse ubíqua, estranha,
Igual ao ruído de um calhau redondo
Arremessado no apogeu do estrondo,
Pelos fundibulários da montanha!
E a saliva daqueles infelizes
Inchava, em minha boca, de tal arte,
Que eu, para não cuspir por toda a parte,
Ia engolindo, aos poucos, a hemoptísis!

Augusto dos Anjos (1998)

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, que apresenta profundas raízes sócio-culturais, estando intimamente ligada a vulnerabilidade social, como a pobreza, a grande concentração humana e a extrema miséria. Além disso, a tuberculose traz consigo danos psicossociais como o estigma e o preconceito para seu portador, o que por sua vez acaba influenciando a não adesão ao tratamento. Sendo assim o objetivo desta pesquisa foi identificar as consequências sociais existentes em portadores da tuberculose pulmonar que estão em tratamento na Estratégia de Saúde da Família de Cajazeiras. Trata-se de um estudo de campo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido no município de Cajazeiras localizado no alto sertão paraibano. A amostra foi composta por oito portadores de tuberculose pulmonar em tratamento nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana deste município, que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão deste estudo. O instrumento utilizado para a coleta foi um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por questões de cunho sócio-demográficos e econômicos dos participantes e perguntas que versaram sobre os objetivos do estudo como o significado da tuberculose, o impacto social do diagnóstico da tuberculose pulmonar e do tratamento para a vida dos mesmos e como estes percebem o trabalho do profissional enfermeiro em seu tratamento. Os dados sócio-demográficos foram analisados de forma descritiva e para análise dos dados referentes aos objetivos foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre; Lefèvre (2005). Os discursos dos sujeitos revelam danos sociais atribuídos à presença da tuberculose como autopreconceito, preconceito, auto-isolamento e desemprego, enfatizando-a como uma doença que fragiliza o indivíduo tanto no aspecto físico como no emocional, tendo consequências para sua inserção social, em seus grupos de pertença e no mundo do trabalho. Os participantes do estudo entendem o tratamento como eficaz, porém concentrado no caráter biomédico e na medicalização, o que é reproduzido pelos profissionais que estão a frente do tratamento da tuberculose na Estratégia de Saúde da Família deste município, como os enfermeiros. Portanto, a tuberculose acarreta várias consequências de cunho psicossocial para os indivíduos portadores, sendo notório que atores envolvidos na prevenção e controle TB, busquem estratégias que trabalhem a mesma como um problema social que se demonstra, não se detendo apenas ao tratamento medicamentoso, tendo em vista a necessidade de minimizar estes danos sociais, e que estas estratégias sejam pensadas e desenvolvidas com a finalidade de corrigir o desnível socioeconômico da população, trabalhando a aliança da saúde com outros setores, que implementam políticas públicas sociais, nas ações de controle da TB.

Palavras-chave: Consequências Sociais. Enfermagem. Tuberculose

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is an infectious disease that has profound socio-cultural roots, is closely linked to social vulnerability, such as poverty, the large human concentration and extreme misery. Moreover, tuberculosis carries psychosocial damage as the stigma and prejudice to its carrier, which on the other hand ends up influencing to non adherence. Therefore the objective of this research was to identify the existing social consequences of pulmonary tuberculosis in patients who are on treatment at the Family Health Strategy in Cajazeiras, Brazil. This is an exploratory and descriptive field study with a qualitative approach, developed in the city of Cajazeiras, located in the state of Paraíba, Brazil. The sample was composed of eight patients with pulmonary tuberculosis under treatment in the Family Health Units in the urban area of this city, who match in the inclusion and exclusion criteria of this study. The instrument used to collect was a semi-structured interview guide, consisting by socio-demographic and economic questions of the participants and questions which were about the objectives of the study as the social impact of the diagnosis of pulmonary tuberculosis and treatment for the life of themselves and how they realize the work of the professional nurse in their treatment. The socio-demographic data were analyzed descriptively and for analysis of data regarding the goals was used the technique of the Collective Subject Discourse from Lefèvre; Lefèvre (2005). The speeches of the people reveal social damages attributed to the presence of tuberculosis as self-prejudice, prejudice, self-isolation and unemployment, emphasizing it as a disease that weakens the individual both physical and emotionally, with consequences for their social integration in their memberships groups and the world of work. The participants in the study understand the treatment as effective, but focused on biomedical character and medicalization, which is reproduced by professionals who are ahead of tuberculosis treatment in the Family Health Strategy of this municipality as nurses. Thus, tuberculosis carries several psychosocial consequences for individuals carriers, being notorious that actors involved in TB prevention and control seek strategies that work the same as a social problem that demonstrates, not stopping only to the medical treatment, in order to need to minimize these social harm and that these strategies be designed and developed in order to correct the imbalance of socioeconomic population, working the alliance of health with another sectors, which implement public social policies and actions in TB control.

Keywords: Social Consequences. Nursing. Tuberculosis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Ideias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “O que lhe foi dito sobre a doença na ocasião do diagnóstico?”.....	43
Quadro 2- Ideias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Como você reagiu após o diagnóstico da doença?”.....	46
Quadro 3- Ideias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Como as pessoas reagiram?”.....	48
Quadro 4- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “O que mudou na sua relação com a sua família e seus amigos depois do diagnóstico de tuberculose?”.....	50
Quadro 5- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “O que mudou na sua vida profissional e /ou escolar depois do diagnóstico de tuberculose?”.....	52
Quadro 6- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Quais as dificuldades que você encontra para realizar seu tratamento?”.....	55
Quadro 7- Ideias Centrais (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “De onde você recebe maior apoio para enfrentamento destas dificuldades?”.....	56
Quadro 8- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Houve desejo de sua parte em interromper o tratamento? Por quê?”.....	58
Quadro 9- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Como você avalia o atendimento e o acompanhamento do profissional enfermeiro da USF para a eficácia do tratamento da tuberculose?”.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos participantes quanto às variáveis, faixa etária; gênero; escolaridade; estado civil e renda familiar.....	36
Tabela 2: Distribuição dos participantes quanto às variáveis, ocupação; se mora sozinho, religião; se tem filhos.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TB – Tuberculose

BK-Bacilo de Koch

WHO -*World Health Organization*

ESF - Estratégia de Saúde da Família

PPD- Derivado Protéico Purificado

HIV- vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

MS- Ministério da Saúde

PB - Paraíba

a.C- antes de Cristo

BCG – Bacilo de Calmette e Guérin

OMS – Organização Mundial de Saúde

DOTS - Tratamento de Curta Duração Diretamente Supervisionado

BAAR -Bacilo Ácido Álcool Resistente

DM - Diabetes *Mellitus*

PT- Prova Tuberculínica

mm - milímetros

RHZE- Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol

mg - miligramas

RH- Rifampicina/Isoniazida

BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PCT - Programa de Controle da Tuberculose

ABS - Atenção Básica em Saúde

ACS -Agente Comunitário de Saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

ACD- Atendente de Consultório Dentário

USF- Unidade de Saúde da Família

PAPS - Posto de Atenção Primária à Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos Notificáveis

TCLE -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

IC- Idéia Central

AC -Ancoragem

EC -Expressões Chaves

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

UR - Unidades de Referência

PEA- População Economicamente Ativa

MP3- *MPEG Audio Layer-3*

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 BREVE RECORTE HISTÓRICO DA TUBERCULOSE	18
2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, ETIOPATOGÊNICOS E CLÍNICOS DA TUBERCULOSE.....	20
2.3 ASPECTOS SOCIAIS DA TUBERCULOSE	24
2.4 O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	27
3 METODOLOGIA	30
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	30
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	32
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS	33
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	34
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	36
4.2 DADOS REFERENTES À PROPOSTA DO ESTUDO	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE	76
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	77
ANEXOS	81
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	82
ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	81
ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	83
ANEXO D – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO DE PESQUISA À PLATAFORMA BRASIL	85

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, curável, de origem milenar, que tem como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK). Esta moléstia pode atingir todos os órgãos do corpo humano, porém, ocorre com maior frequência nos pulmões, gânglios, pleura, rins, cérebro e ossos (BRASIL, 2010a; RODRIGUES, 2003; CLEMENTINO, 2009).

A transmissão da TB ocorre através do ar, quando gotículas contendo os bacilos são expelidas pelo portador de tuberculose pulmonar que não está em tratamento, quando este tosse, espirra ou fala em voz alta, liberando-as no ambiente. Tais gotículas podem ser inaladas por pessoas que não têm a doença, e ao atingirem os alvéolos pulmonares podem originar a infecção tuberculosa, com grandes chances de evoluir para a doença propriamente dita (BRASIL, 2010b; KRITSKI et al., 2007).

Apesar de milenar, a tuberculose se mantém como um dos males da humanidade no século XXI. A cada segundo, diariamente, um indivíduo é infectado pelo BK, e cerca de um terço da população mundial está infectada por este bacilo. Anualmente cerca de 8 milhões de pessoas falecem dessa enfermidade que é curável se seguido o tratamento conforme o preconizado. Porém, apesar da quimioterapia eficaz disponível, a doença ainda faz muitas vítimas, deixando marcas profundas de sua história em todas as nações (CERQUEIRA, 2007; TEIXEIRA, 2008)

Nessa conjuntura, a TB torna-se um sério problema de saúde pública e com profundas raízes sócio-culturais, tendo em vista que a mesma está intimamente relacionada com condições de moradia precárias, como ocorrem nas periferias das grandes cidades, onde impera a pobreza, a grande concentração humana e a extrema miséria. Além disso, a tuberculose traz consigo o estigma e o preconceito para seu portador, o que por sua vez acaba influenciando a não adesão ao tratamento (SOUZA; SILVA, 2010).

Nessa perspectiva, Fasca (2009) em seu estudo relacionou a TB e o contexto social no Brasil, afirmando que a estratégia de sobrevivência dos indivíduos que vivem em situação de pobreza, os obriga a uma intensa busca por melhores condições de vida, tanto no interior das cidades, quanto entre elas, ampliando a mobilidade territorial e suas taxas de contato social, acarretando no aumento dos índices de reprodução *M. tuberculosis* de sua transmissão pela via respiratória, demonstrando a intrínseca ligação entre as condições sócio-

econômico-culturais, e a doença, e tornado-a tradicionalmente conhecida como um marcador de condições de vida precárias da população.

Outro fator que não pode ser esquecido, ao se tecer a problemática da TB, é sua íntima relação com o HIV/AIDS. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o advento da epidemia do HIV/AIDS nos países endêmicos para TB, tem acarretado aumento significativo da TB pulmonar com baciloscopia negativa e, embora esta forma de tuberculose seja menos infectante, estes pacientes são mais imunocomprometidos e têm maiores taxas de mortalidade, agravadas pelo diagnóstico tardio da doença (BRASIL, 2010b).

Frequentemente a descoberta da soropositividade para o HIV ocorre no diagnóstico da tuberculose. Estima-se que no Brasil, embora a oferta de testagem para o HIV no diagnóstico da tuberculose seja de 70%, apenas 50% tem acesso ao seu resultado no momento oportuno e 15% apresentam positividade. A tuberculose é tida como a maior causa de morte entre os portadores do HIV, sendo sua taxa de óbito de 20% na coinfeção TB/AIDS (BRASIL, 2010a).

Nesse cenário, além de todas as mazelas biológicas aos quais os doentes da TB estão expostos, estes ainda se veem envoltos em diversos outros problemas psicossociais, como o preconceito, o isolamento social, os prejuízos a auto-percepção, dentre outros, e que se refletem em rebatimentos sociais para os portadores dessa enfermidade, e na medida em que os campos da vida do paciente são afetados, isto se projeta na saúde física do mesmo, ao contribuir para que procure o tratamento ou mesmo que o continue.

Dentro dessa ótica de impacto social, a tuberculose é, sobretudo, fator de discriminação, onde os portadores da TB sofrem não só pelas manifestações clínicas, mas também por vivenciarem preconceitos e rejeições em seus relacionamentos sociais e até mesmo por profissionais da equipe de saúde, o que reforça por vezes sua relutância em buscar tratamento e assistência (BERTAZONE; GIR, 2000; CLEMENTINO, 2009; SOUZA, 2009).

É nesse âmbito que se deve observar como estão sendo desenvolvidas as ações dos profissionais de saúde, enfocando-se, o enfermeiro, no controle da TB e na assistência ao cliente acometido por esta doença. Brasil (2010b) cita que esse profissional é de fundamental importância durante todo o processo, desde a prevenção da doença até a manutenção da saúde após a alta. De acordo com Oblitaset al. (2010), o enfermeiro trabalha no enfrentamento do problema da TB num contexto de iniquidade e pobreza, e deve considerar as dimensões políticas e operativas de seu trabalho.

Segundo Souza (2010) vem sendo pouco estudada em nossa realidade, a participação da enfermagem nas práticas de cuidado usadas no enfrentamento da tuberculose.

Os mesmos autores afirmam ainda que fragilidades na produção do cuidado ao doente de TB, a pouca valorização de seu contexto sócio-cultural, a debilidade do vínculo com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e a pouca produção de acolhimento, têm contribuído para a ocorrência da interrupção e abandono do tratamento dessa doença. Sendo assim, o conhecimento do campo sócio-econômico-cultural do usuário e de sua família pela equipe de saúde, destacando-se nesse aspecto o papel do enfermeiro, fortalece a relação terapêutica.

Percebe-se ainda que mesmo com toda literatura evidenciando que a TB esta presente, principalmente, junto às classes populares menos favorecidas, as políticas de controle dessa enfermidade priorizam apenas os fatores biológicos como seus principais determinantes. É fato que ao se analisar os estudos sobre a TB, encontra-se que, esta mesmo vista como um atual e grave problema de saúde pública, é considerada como uma doença do passado por universidades e centros formadores de recursos humanos para a saúde (BATAEIRO, 2009; SANTOS FILHO, 2006).

Para Ruffino-Netto (2002), deve-se em contraposição da visão apenas biológica reducionista do agravo, abordá-lo de maneira mais holística. E nesse contexto que se percebe a TB como um problema social e não apenas como um problema de saúde. Roquayrol (2003) afirma que esta é uma doença eminentemente social, sendo fundamental para sua prevenção e controle que se desenvolvam ações com a finalidade de erradicar a miséria e corrigir o desnível econômico da população.

Levando em conta todos estes pressupostos, surgiu no pesquisador o desejo em conhecer como esta moléstia afeta a vida de seus portadores, pois ao tempo em que a TB está intrinsecamente relacionada ao modo de vida da população carente, é explicitamente negligenciada pela saúde pública, que visa somente metas e não observam o sujeito por traz da doença, como um ser inserido em um contexto biopsicossocial.

Vale salientar que foi proporcionado ao pesquisador a oportunidade de participar de atividades acadêmicas, onde o mesmo realizou visitas domiciliares aos portadores de TB pulmonar, possibilitando vivências com estes indivíduos e vislumbrando o contexto de vida dos mesmos. A partir desta experiência deu-se o interesse do pesquisador em saber cada vez mais sobre esta moléstia infecto-contagiosa e os danos que a mesma pode acarretar nas diversas áreas da vida, pois foi percebido que o âmbito psicossocial deste doente é muitas vezes esquecido, em detrimento da aplicação apenas de políticas curativas, as quais continuam, infelizmente, inseridas como políticas primordiais na Atenção Primária em Saúde.

Ao se buscar na literatura científica estudos que abordassem o impacto psicossocial da tuberculose sobre o indivíduo portador dessa moléstia, os que foram encontrados se detinham a diferentes vertentes dessa doença, como a análise antropológica da TB, presente em Bertolli Filho (2001) e Souza (2008) ou ainda, a análise histórica dos estigmas da doença realizada por Pôrto (2007). No entanto, tais pesquisas enfocavam a enfermidade percebendo-se a necessidade de investigação dos impactos da TB ao sujeito que é acometido por ela.

Levando em conta essa escassez ainda existente de trabalhos científicos publicados sobre a referida temática, percebe-se a necessidade da execução de novas pesquisas que enfatizem o aspecto psicossocial da tuberculose pulmonar, isto porque essa doença ainda se encontra envolta para a maioria da população em uma atmosfera de desconhecimento e receio. Deste modo, justifica-se a realização de estudos que como este, abordem a tuberculose e suas conseqüências para a vida do portador.

A relevância deste estudo consiste em compreender quais as conseqüências psicossociais para a vida do portador de tuberculose pulmonar que se trata na Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras, onde, a partir dos resultados poder-se-á contribuir para as reflexões sobre este aspecto da doença, principalmente entre os profissionais de saúde e entre os que elaboram as políticas de controle da tuberculose no Brasil, concentrando esforços para que estes possam atentar mais para esta faceta da doença, pois ao mostrar o portador da tuberculose pulmonar como ser completo, biopsicossocial, permite a sensibilização das instâncias que direta ou indiretamente são responsáveis pelo controle desse agravo.

Deste modo o objetivo geral, desta pesquisa é identificar as conseqüências sociais existentes em portadores da tuberculose pulmonar que estão em tratamento na Estratégia de Saúde da Família de Cajazeiras - PB. Para atingi-lo foram utilizados os seguintes objetivos específicos: verificar os impactos psicossociais da tuberculose pulmonar para os portadores da doença e identificar a concepção dos portadores da doença em tratamento na Estratégia de Saúde da Família sobre o atendimento e o acompanhamento dos enfermeiros.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 BREVE RECORTE HISTÓRICO DA TUBERCULOSE

As origens da tuberculose se reportam a épocas antes de cristo, porém sua presença no homem sul-americano data de 700 anos a.C. A tuberculose atravessa as civilizações antigas concebida como um castigo divino, recebendo ainda na Grécia Antiga, inicialmente o nome de Tísica que significa o que traz consupção, devido ao esgotamento físico causado pela mesma (HASS; HASS, 1995; RODRIGUES, 2003).

No século XIV ao fim da idade media já ocorriam medidas para o controle do avanço da TB utilizando-se como estratégia o isolamento dos doentes. Em 1751, Fernando VI, rei da Espanha, proclamou uma lei que obrigava os médicos da época a informarem os casos de tuberculose existentes, a fim de que os doentes fossem afastados da coletividade. Percebe-se aí que a suspeita do caráter contagioso dessa moléstia já existia desde esse período (CLEMENTINO, 2009; NASCIMENTO, 2005).

Porém, somente a partir de 1882 com a descoberta, pelo cientista alemão Robert Koch, do *Mycobacterium tuberculosis*, como o causador da tuberculose humana, é que essa doença passa a ser considerada como de caráter infecto-contagiosa. Até então a mesma era considerada de origem hereditária, pois em geral quando uma pessoa adoecia vários membros da família também adoeciam e não se percebia que era o confinamento familiar o que favorecia a propagação da doença (CAMPOS; PIANTA, 2001; NASCIMENTO, 2005).

No fim do século XIX e início do século XX a TB passa a ser considerada uma doença comum entre poetas, intelectuais, músicos e demais artistas. Sendo a mesma associada a um estilo boêmio e desregrado de vida, considerada como uma doença romântica. Na mitologia da TB existiam alguns sentimentos de paixão que provocavam o ataque da doença e outros que se apresentavam nesse ataque. Nessa visão, o físico considerava que a idade em que se ama é a mesma em que se morre, o que foi evidenciado pela morte de grandes personalidades no campo artístico-literário como a do poeta Castro Alves que morre de Tuberculose aos 24 anos (CLEMENTINO, 2009; GIL, 2006; SOUZA, 2009; SOTANG, 2002).

No início do século XX a doença recebe outra conotação. Torna-se, de maneira indiscutível um problema de caráter social, de ocorrência e propagação estritamente ligada às

condições de vida e de trabalho resultantes da nova organização social trazida à tona através da revolução industrial. Essa Revolução promoveu o inchaço populacional nas grandes cidades espalhando cada vez mais a Tísica. Passa-se então de um romantismo para um realismo trágico e social. O século XX ratifica a TB como a grande peste branca, em oposição à peste negra (peste bubônica) que havia devastado a Europa durante a idade média (BERTOLI FILHO, 2001; PÔRTO, 2007; RODRIGUES, 2003).

Nos anos de 1910, dois grandes cientistas Albert Calmette e Camile Guérin conseguiram pela primeira vez isolar uma cepa do bacilo da tuberculose com o propósito de produzir culturas vivas atenuadas a serem usadas como vacina para a prevenção da tuberculose, sendo denominada de BCG (Bacilo de Calmette e Guérin) em homenagem a esses dois grandes cientistas. Somente em 1921, a BCG foi aplicada pela primeira vez em crianças para a prevenção das formas mais graves da doença (LOPES, 2010).

A partir dos anos de 1940 desse mesmo século inicia-se a era dos quimioterápicos, através do advento de medicamentos, como a estreptomicina (1944), posteriormente a isoniazida (1945), pirazinamida (1956) e o etambutol (1962). A partir dos anos de 1960 é preconizado o esquema com três desses antibióticos administrados ao paciente com TB em regime de internamento por períodos de 18 a 24 meses, sendo alcançado na época um índice de cura de 90%. Em 1979 com a descoberta de outro antibiótico a rifampicina, é instituído o esquema de curta duração (6 meses de rifampicina, isoniazida e pirazinamida), e a responsabilidade do tratamento da TB passa a ser delegado à Atenção Básica. Nessa época o Brasil torna-se o primeiro país a padronizar este esquema com todas as drogas via oral e utilizá-lo em sua rede de serviços públicos de saúde (HIJJAR et al., 2007; LOPES, 2010; SOUZA, 2010).

Segundo Grasseff (2007) em meados da década 80 houve um grande e constante declínio da tuberculose nos países desenvolvidos, em função do avanço econômico e das melhorias das condições de moradias, além do tratamento eficaz. Porém, apesar dos progressos verificados no controle da tuberculose, nos países desenvolvidos, com o declínio da doença houve uma despreocupação com mesma, o que acabou levando a uma falta de prioridade para os programas de controle da tuberculose.

Com o surgimento da AIDS em 1982 houve recrudescimento da tuberculose como um quadro associativo, caracterizado pelo imunocomprometimento dos portadores da primeira, a superpopulação e as más condições de saneamento em muitas áreas urbanas já presentes na época. Percebe-se então o retorno deste mal que parecia estar controlado na década anterior. Fatores como o abandono do tratamento pelos portadores também

contribuíram para tal quadro tendo em vista, que tal comportamento favoreceu o advento da resistência do bacilo de Koch aos antibióticos utilizados (CLEMENTINO, 2009; RODRIGUES, 2003; RUFFINO NETO, 2002).

De acordo com Hijjar et al. (2007) em 1993 a Organização Mundial de Saúde (OMS) decreta a TB como estado de emergência mundial, por estar fora de controle em muitas partes do mundo, sendo uma enfermidade re-emergente. No entanto, segundo Ruffino-Netto (2002), essa afirmativa não é válida para o Brasil, pois aqui a tuberculose é um problema de saúde pública, presente e fixante há longo tempo. Assim sendo, atualmente, para o controle da TB, a OMS tem recomendado a estratégia DOTS (Tratamento de curta duração diretamente supervisionado) que preconiza a observação direta do paciente durante todo o tratamento; e um sistema de busca de casos novos e recaídas, entre outros princípios (MAIA et al., 2010).

Mesmo com o advento de tal estratégia, nos dias de hoje a tuberculose ainda continua sendo conhecida como “calamidade negligenciada”, e ainda não solucionada neste século e a literatura expõe que estão ainda presentes acompanhando essa doença as concepções e representações de que se trata de algo que vem de fora do outro, do comportamento desregrado e amoral, do ar impuro, do local, dos fluidos, levando ao medo da contaminação (SCATENA et al., 2009; SOUZA, 2010).

2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, ETIOPATOGÊNICOS E CLÍNICOS DA TUBERCULOSE

Dados epidemiológicos corroboram que 80% dos casos dessa doença no mundo concentram-se em 22 países, sendo em sua maioria países em desenvolvimento, com populações que vivem em situação de pobreza, enfatizando a TB, como emergência mundial. O Brasil está entre esses países, ocupando a 18^o posição (BRASIL, 2009).

De acordo com Santos (2009) o Brasil apresentou em 2009 sessenta e cinco milhões de infectados, além do que aproximadamente 80 mil pessoas adoecem a cada ano. Nesse cenário, a TB é a causa de cinco mil óbitos por ano, sua incidência no país é de 39 casos por 100 mil habitantes, sendo a incidência entre os homens, o dobro do que entre as mulheres. De acordo com esse autor dentre os grupos vulneráveis a tuberculose destaca-se os portadores do HIV/AIDS, pois ela é hoje a principal causa de óbito entre essas pessoas e a

associação TB/HIV agrega à discussão o forte estigma, principalmente no ambiente social e de trabalho, no entanto, há ocorrências de TB em todos os segmentos da sociedade, independente da renda ou da escolaridade.

Sabe-se que 70% dos casos estão concentrados em 315 municípios brasileiros entre todos os estados da Federação, considerados como municípios prioritários. Nessa conjuntura o estado da Paraíba em 2007 apresentou a incidência 28,27 por 100 mil habitantes e entre todas as unidades federativas do Brasil, este estado possui a 6ª maior taxa de mortalidade por TB, ficando atrás, em ordem decrescente, do Rio de Janeiro (5,35), Pernambuco (4,39), Amazonas (3,11), Acre (3,06) e Ceará (3,05). Na Paraíba, os municípios prioritários no controle da doença e que obedecem a certos critérios de priorização são: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras (PEQUENO, 2011).

Nesse tocante, Lacerda et al. (2010) ao investigar a prevalência da Tuberculose no município de Cajazeiras, no período de 2001 a 2009, constatou que a maior prevalência dessa doença se encontra na população masculina, 58,19%, apresentando maior probabilidade de adoecer devido à relação direta com os hábitos de vida. Quanto à faixa etária acometida, os dados revelaram maior prevalência, na faixa etária adulta produtiva com concentração maior entre os 35 a 49 anos de idade em ambos os sexos e embora o tratamento da TB seja disponibilizado pelo serviço público de saúde, ainda representa um custo econômico para o doente, em função da doença deixá-lo debilitado e muitas vezes sem condições para trabalhar, gerando um problema para o sustento do doente e família.

No que diz respeito às características etiopatogênicas e clínicas da TB, expõe-se que essa doença possui evolução crônica ou subaguda com sintomatologia de intensidade crescente, que pode ainda apresentar períodos de remissão e relativo bem estar, e devido a tal peculiaridade o paciente pode demorar a procura assistência médica. Estudos ratificam que até 66% dos doentes demoram até 3 meses para buscar essa assistência (LEMOS et al., 2009).

O agente etiológico causador da TB é o *Micobacterium tuberculosis hominnis*, bactéria intracelular, resistente aos procedimentos de descoloração com ácido ou álcool, assim classificada, como bacilo ácido álcool resistente (BAAR), e também conhecido como bacilo de Koch, o mesmo possui propagação através do ar, sendo transmitido ao ser humano quando gotículas contendo-o são expelidas por um doente com TB pulmonar que não está em tratamento, quando este tosse, espirra ou fala em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2010a; FOCACCIA; VERONESI, 2009).

Quando uma pessoa inala as gotículas contendo os bacilos de Koch, muitas delas ficam no trato respiratório superior (garganta e nariz), onde a infecção é improvável de acontecer, apenas quando os bacilos atingem os alvéolos a infecção pode se iniciar. Nos alvéolos, ocorre multiplicação bacilar, porém, de 2 até 10 semanas o sistema imune age tentando impedir tal multiplicação, prevenindo assim disseminação posterior (BRASIL, 2002; BRUNNER; SUDDARTH, 2009; FOCACCIA; VERONESI, 2009).

A infecção tuberculosa, sem doença, significa que os bacilos estão no corpo do indivíduo, mas o sistema imune os está mantendo sob controle. Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver tuberculose em qualquer fase da vida. Isto acontece quando o sistema imune não pode mais manter os bacilos sob controle e eles se multiplicam rapidamente. Dessa maneira, todos os órgãos podem ser acometidos pelo bacilo da tuberculose, porém, ela ocorre mais frequentemente nos pulmões, gânglios, pleura, rins, cérebro e ossos. Outras infecções ou doenças que debilitem o sistema imunológico favorecem o desenvolvimento da TB como, por exemplo: Diabetes *Mellitus* (DM); infecção pelo HIV; tratamento prolongado com corticosteróides; terapia imunossupressora; doenças renais crônicas, desnutrição calórico-protéica, entre outras (BRASIL, 2002; RODRIGUES, 2003).

Ao se discorrer sobre o quadro clínico da tuberculose, tem-se uma doença com evolução crônica ou subaguda, com sintomatologia de intensidade crescente, que pode ainda apresentar períodos de remissão e relativo bem estar e estas características podem ocasionar a demora na busca por atendimento médico (FOCACCIA; VERONESI, 2009).

Os sintomas clássicos da TB podem ser elencados em sintomas respiratórios e sintomas gerais, onde os primeiros consistem em tosse persistente por três semanas ou mais, dispnéia e a dor torácica e os segundos são representados pela febre vespertina, sudorese noturna e perda de peso (BRASIL, 2010a; BRUNNER; SUDDARTH, 2009; FOCACCIA; VERONESI, 2009).

A tosse inicia-se seca e pode tornar-se produtiva com muco, pus e sangue (hemoptise), sua persistência é motivo para a suspeita de TB, a hemoptise geralmente apresenta-se como faixas de sangue no escarro (hemoptóico). A dispnéia esta presente devido à destruição dos tecidos alveolares e vasos pela doença, ocorrendo alteração na relação ventilação perfusão. A dor torácica em casos de comprometimento da região pleural se dá devido à proximidade dos alvéolos dessa região. A febre é causada pela multiplicação bacilar que estimula o processo inflamatório não tão intenso, conseqüentemente as temperaturas não são tão elevadas, e a sudorese em contrapartida ocorre a fim de sanar este desequilíbrio

térmico. A perda de peso é equivalente ao tempo da doença e a sua extensão, e é por vezes acompanhada por astenia (FOCACCIA, 2009; RODRIGUES, 2003).

Para o diagnóstico da tuberculose associam-se os sinais e sintomas clínicos e a história epidemiológica ao exame de bacterioscopia do escarro, este também é um exame utilizado para o acompanhamento mensal da evolução bacteriológica do paciente com TB pulmonar positiva, realizado pelo menos, ao final do 2º, do 4º e do 6º mês de tratamento. Para obtenção desse material o profissional de saúde deve orientar o paciente a forçar a tosse para assim expectorar e evitar a coleta da saliva. A primeira coleta se dá no ato da consulta pelo profissional de saúde e a segunda pode ser realizada pelo próprio paciente em casa no dia seguinte ao acordar (BRASIL, 2002; SANTOS, 2010).

Segundo Focaccia; Veronesi (2009) a radiografia consiste em um método auxiliar para o diagnóstico da TB, sendo assim por si só, ela não diagnostica a doença. Sua função consiste na visualização de áreas pulmonares com lesões sugestivas da presença dessa moléstia. Outro método auxiliar é a prova tuberculínica (PT), que detecta a presença de infecção tuberculosa.

Esta prova consiste na injeção intradérmica de um antígeno do *M. tuberculosis*, no Brasil chamado de Derivado Protéico Purificado (PPD), em região posterior do braço através da técnica de Mantoux, provocando uma endureção no tecido que surge entre 48 e 72 horas após esta injeção, esta endureção é lida nesse período, por meio de uma régua milimetrada. Se tal endureção ficar em torno de 5 mm ou mais, pode-se dizer que existe a infecção (BRASIL, 2010a)

De acordo com o Ministério da Saúde, no que tange ao tratamento da tuberculose, estão estabelecidos no país os seguintes esquemas terapêuticos: esquema básico para TB pulmonar e formas extrapulmonares (exceto a meningoencefálica), o esquema meningoencefálico para tratamento da TB meningoencefálica, e ainda para pacientes multidrogarresistentes (resistentes a duas drogas de primeira linha do tratamento da TB como rifampicina e a isoniazida) existem os esquemas especiais (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde na tentativa de minimizar o abandono, a reincidência ao tratamento ou resistência as drogas, padronizou que todas as drogas Anti-TB, rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol (RHZE) estejam contidas em um único comprimido. Ocorrendo uma mudança também na variação de peso e nos miligramas dos tuberculostáticos que passam a ser combinados contendo 150/75/400/175mg respectivamente de cada uma dessas quatro drogas Anti-TB (SANTOS, 2010).

Os esquemas, básico e meningoencefálico utilizam-se das mesmas drogas, no entanto a fase de manutenção do último é de 7 meses e do primeiro é de 4 meses. O tratamento da TB é feito em fase de ataque que configura os 2 meses, onde se objetiva reduzir a transmissibilidade, a morbidade e a resistência adquirida, através da redução da população bacilar, e para tanto o paciente acima de 10 anos e conforme o peso ingere 4 comprimidos de RHZE combinados. Na fase de manutenção, utilizam-se Rifampicina /Isoniazida (RH) combinados de 1 a 2 cápsulas por dia de acordo com o peso, e nesta fase o alvo do tratamento consiste na eliminação completa dos bacilos restantes levando a cura (BRASIL, 2010a).

Mesmo sendo evidente a existência de um tratamento que pode levar a cura, as idéias de contágios pela TB são difusas e observa-se freqüente recaída sobre grupo social de baixo poder econômico provocando descrença de cura dessa moléstia e mesmo quando se admite que a tuberculose seja uma doença curável, ainda vigora a crença de que há algo que fica “sequelas” manchas no pulmão, o que acaba alterando de forma significativa a inserção social de seus portadores (PÔRTO, 2007; SOUZA, 2008).

2.3 ASPECTOS SOCIAIS DA TUBERCULOSE

A tuberculose ocorre em um contexto de pobreza e desvantagem social. Anualmente, faz milhares de vítimas em todo o mundo, sendo alvo da luta de vários países dentre eles os latino-americanos. Países como o Brasil dirigem contra a TB esforços sanitários, porém, é necessária intervenção multissetorial e interdisciplinar para controlar o problema a partir de seus determinantes (OBLITAS et al., 2010).

Nesse quadro Bowkalowski; Bertolozzi (2010, p.92) afirmam que:

Ações pontuais relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento da TB são importantes para melhoria dos indicadores epidemiológicos, no entanto, é necessário um olhar diferenciado para interpretar devidamente as causas deste agravo, pois [...] está diretamente relacionado às questões sociais. Esta visão possibilita, ainda, ampliar o horizonte de ação dos profissionais de saúde...

Dentre as facetas sociais da TB está o seu impacto econômico. Este impacto é dramático nos países subdesenvolvidos e nas famílias carentes, fazendo com que cada doente, perca em média de 3 a 4 meses de trabalho perfazendo uma diminuição de 30% do rendimento anual da respectiva família, e quando a doença acarreta na morte do portador da

TB esse valor salta para o equivalente à 15 anos de trabalho, por sua vez esse conjunto determina um decréscimo anual de 12 milhões de dolares dos rendimentos brutos nesses países. Destarte, essa doença contribui sobremaneira para a diminuição da força laboral e a redução considerável do produto interno bruto desses países, porém não somente eles estão sob a anátema da tuberculose, os países desenvolvidos, também a enfrentam, afetando-os predominantemente em seus estratos sociais desfavorecidos (COSTEIRA, 2002; OBLITAS et al., 2010; SILVA, 2011).

Essas consequências da TB se expressam no paciente e sua família, devido à despesa que gera antes de se conhecer o diagnóstico e, posteriormente, para realizar o tratamento e a isso se soma o absenteísmo laboral, as horas de trabalho perdidas e a diminuição da produtividade, pelo fato de o paciente não poder trabalhar com todo o potencial humano (COSTEIRA, 2002; OBLITAS et al, 2010).

Pesquisas sobre a abordagem econômica da tuberculose em âmbito nacional apontam que a renda influencia negativamente na probabilidade de possuir doença, ou seja, quanto maior a renda menor as chances de se ter a TB, concordando com os dados epidemiológicos da tuberculose que sugerem que a situação da mesma no Brasil é reflexo das condições socioeconômicas precárias. Em consonância Oblitas et al. (2010) apontam que simultaneamente no mundo, cerca de 1,2 mil milhões de pessoas vivem abaixo do limiar da pobreza absoluta, ou seja vivem com menos de um dólar por dia , e os países mais pobres concentram mais de 95% dos casos de doença e mortes por TB , a maioria pertencendo ao grupo etário, socialmente mais produtivo, dos 15 aos 54 anos de idade. Como agravante dessa situação os mesmos autores indicam que 76% da população mundial vivem nesses países.

Diante do exposto, percebe-se que a Tuberculose é a doença paradigmática da pobreza, fato sustentado pela ausência de serviços de saúde básicos, ou comprometidos no combate a essa doença, pela desnutrição e pelas condições de vida insalubres contribuindo para a propagação da tuberculose no seio da comunidade, visto que o atraso no diagnóstico e no tratamento da doença promove a perpetuação da transmissão da TB, e a má nutrição inibe o sistema imunológico aumentando as hipóteses da infecção evoluir para doença, além do que a grande concentração humana associado a má ventilação das habitações e dos locais de trabalho, dos mais vulneráveis economicamente tornam a transmissão da TB mais fácil (WHO, 2010 ; RUFINNO NETTO, 2002).

No que concerne a relação dessa moléstia aos condicionantes sociais, dentro dos Objetivos do Milênio persegue-se a meta da saúde global no século XXI e de maneira mais específica se deseja reduzir, para o ano 2015, a pobreza à metade do que ela foi em 1990

e para tanto, torna-se necessário refletir acerca de quais são os segmentos da população que estão mais expostos à pobreza e à exclusão, a fim de dirigir os esforços adequadamente. Tomando por base esse critério, a população com tuberculose é uma população exposta ao estigma social e está frequentemente excluída das vantagens econômicas do sistema (OBLITAS et al., 2010; SOUZA, 2008; WHO, 2010).

Esses autores ainda enfatizam que o Brasil, apesar de ser considerado atualmente um dos cinco países economicamente emergentes (juntamente com a Índia, China, Rússia e África do Sul - os chamados BRICS), ocupa posição de destaque em termos de prevalência de TB no mundo, como reflexo da desigualdade na distribuição da renda e da aplicação dos recursos de saúde.

Santos Filho (2006) afirma que muitos brasileiros, inclusive aqueles mais vulneráveis à infecção pelo bacilo da tuberculose, não estão cientes de que a doença ainda é um problema em seu país, e a estigmatização, e a auto-estigmatização dos doentes é comum, sendo reflexos de uma longa história de tratamento da doença em sanatórios e a baixa conscientização da população. Nesse contexto “a maioria dos brasileiros ignora o fato de que a tuberculose é um problema e considera a doença um infortúnio do passado” (SANTOS FILHO, 2006, p.48).

A literatura explana que as pessoas que foram infectadas pela TB muitas vezes sentem vergonha de sua situação e se esforçam para evitar que sejam identificadas como tuberculosas, sendo notório, ainda, que a estigmatização do doente de TB por vezes envolve o próprio profissional que estabelece o tratamento a esses pacientes (SANTOS FILHO, 2006; SOUZA, 2010).

Silva (2009) enfatiza que muitos portadores dessa doença não recebem a atenção esperada dos profissionais que os tratam, expondo, através de relatos desses portadores, que médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde evitam conversas e contato com esses pacientes, devido a uma mescla de medo e preconceito, e por muitas vezes por desconhecerem os mecanismos da TB. Lavor; Menezes (2008) afirmam que o grande desafio do combate a essa doença começa a ser vencido a partir da melhoria do ensino da tuberculose nos cursos de saúde, pois, o tempo de ensino e discussão dispensando a mesma na graduação ainda é ínfimo se comparado a magnitude desse problema.

Na trajetória devastadora da tuberculose no âmbito biopsicossocial do doente encontra-se que para vários deles é muito sofrido estar com tuberculose, pois mais do que ter de tomar a medicação com rigor diário, o que mais os incomoda são os olhares de julgamento da sociedade, e a exclusão que muitas pessoas dão aos mesmos, o preconceito torna-se uma

constante na vida desses doentes, e muitos evitam falar que estão com TB para a família e amigos, e quando revelam para a família evitam falar no assunto. Para pessoas próximas dizem apenas que estão doentes evitando falar o nome da doença. Muitos deles não fazem o tratamento, pois na Unidade de saúde do seu bairro todos os conhecem e os mesmos temem o preconceito por parte dos profissionais dessa instituição, outros procuram se tratar em outras unidades distantes, para não serem reconhecidos e estigmatizados (SILVA, 2009).

Santos Filho (2006) ao discorrer sobre as novas feições que a tuberculose vem assumindo no imaginário social propôs que se evitasse a reprodução de estigmas e a elaboração de novas metáforas para a doença.

2.4 O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CONTROLE DA TUBERCULOSE

A Estratégia de Saúde da Família tem seu cerne no movimento sanitário que reordenou o modelo assistencial em saúde e consolidou o SUS, e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, pelo Ministério da Saúde. Esse último com objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade materno-infantil da região nordeste do Brasil. Nessa conjuntura nasce em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), quando foi sugerida a descentralização e a municipalização dos serviços, para a efetiva implementação do SUS. Como princípios o PSF, trouxe consigo a territorialização, a vinculação com a população, a garantia de integralidade na atenção, o trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, a ênfase na promoção da saúde, com fortalecimento das ações inter-setoriais e o estímulo à participação popular, propondo a reorientação do modelo assistencial tomando como foco a família no seu aspecto físico e social, por meio da compreensão ampliada do processo de saúde-doença, permitindo intervenções para além das práticas curativas (BELUCI, 2009; FIGUEIREDO et al., 2007).

Anteriormente chamado de PSF, a Estratégia de Saúde da Família tem em sua designação atual a mudança de uma estrutura rígida de um programa, para a maleabilidade estratégica a fim de melhorar o enfrentamento dos problemas de cada área que a mesma abrange. Na composição da Estratégia cada Equipe de Saúde da Família deve ser formada, minimamente, por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou

técnico de enfermagem, e por quatro a seis Agente Comunitário de Saúde (ACS), com um ACS para cada 550 pessoas acompanhadas (BRASIL, 2006; FARIA, 2010).

Dentro desses pressupostos, vários programas fazem parte da ESF, dentre os quais o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) quando da descentralização de suas ações foi incluído nessa estratégia, o que corroborou a TB como agravo de prioridade da Atenção Básica em Saúde (ABS), acarretando a reorientação das ações de controle da TB nos níveis locais, com planejamento e execução da maior parte dessas ações na ESF (PEQUENO, 2011).

Sendo assim a enfermagem enquanto profissão caracterizada pelo interesse na manutenção da saúde individual e coletiva, sempre buscando a interface entre a comunidade e os serviços de saúde, de imediato, incorpora as estratégias do PSF, contribuindo de forma significativa nos processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação dessa nova proposta. No PCT, o papel do enfermeiro, abrange desde o desenho das políticas públicas, com base em estudos epidemiológicos, mediante a implementação de programas multissetoriais, até a assistência direta e a educação dos usuários no plano operativo (FIGUEIREDO et al., 2007; OBLITAS et al., 2010).

Segundo Garcia et al. (2011), o que se observa é que a descentralização das ações de diagnóstico e controle da TB para âmbito da ABS, vem impondo o repensar da prática das equipes das unidades de atenção básica em todo território nacional, requerendo metodologias que avaliem se esse controle é efetivo. De acordo com esses autores, os enfermeiros enquanto componentes da equipe de saúde não podem ficar omissos a esta realidade, frente à atuação fundamental que possuem na vigilância à saúde e no desenvolvimento de ações de saúde coletiva. Estando inseridos e articulados à organização dos serviços de saúde de atenção básica, esses profissionais assumem papel de relevância, diante da liderança como articuladores nas ações de vigilância à saúde, com destaque para as ações de diagnóstico e controle da TB.

Maia (2009) afirma que na enfermagem, o cuidado humano profissionaliza-se através dos tempos, sua interpretação de uma arte passou à característica de ciência e mais recentemente como uma arte-ciência, entremeada por um aspecto fortemente humanístico, rejeita a idéia de ser uma ciência formal ou uma ciência puramente biológica, integrando as dimensões da arte e constituindo uma ciência humanística.

Nesse sentido Oblitas et al. (2010), expõem que faz parte da filosofia da enfermagem contribuir para que a pessoa, sujeito da sua atenção, possa alcançar nível e qualidade de vida adequados, e no que tange os casos de tuberculose, o enfermeiro tem papel

de destaque no programa de controle dessa doença, sendo considerado como um sócio histórico no trabalho de combate a mesma.

Dentre das ações do enfermeiro preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao controle da TB, especificamente em relação assistência ao cliente acometido pela doença, estão a notificação dos casos de TB que irão iniciar o tratamento; a convocação dos comunicantes para investigação; a previsão, provisão e entrega de medicamentos; realização de consultas de enfermagem mensal; transferência para outra Unidade de Saúde ou encaminhamento para unidade de referência quando necessário; a convocação do doente faltoso à consulta ou em abandono e o planejamento da visita domiciliar para ambos os casos (BRASIL, 2010a).

Tendo em vista a perspectiva de assistência integral a esses usuários, e considerando fatores como as condições socioeconômicas e de estigmatização que permeiam a tuberculose, tem-se que o enfermeiro para assistir de modo holístico o cliente portador dessa doença, deve se pautar nos conhecimentos biopsicossociais dos determinantes do processo saúde-doença, objetivando identificar pacientes em condições crônicas de pobreza, pois é fato que a tuberculose ocorre preponderantemente em populações vulneráveis pela precariedade social.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Optou-se por este tipo de estudo, pois atende aos objetivos dessa pesquisa, visto que segundo Marconi; Lakatos (2010) pesquisas como esta consistem em investigações cujo objetivo é a formulação de questões para aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno pesquisado, e descrever completamente os mesmos, permitindo o acúmulo de informações sobre estes.

Pádua (2006) afirma que as pesquisas de campo exploratórias são realizadas no local onde ocorre o fenômeno, são centradas em entrevistas, pesquisas ou observações diretas, em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado. Sob esta ótica a pesquisa descritiva, vem a somar a composição do método, objetivando informar o perfil do tema listado, em uma ou mais populações e expressá-los de modo apropriado.

Segundo Souza (2008) a abordagem qualitativa considera a existência de uma relação entre o mundo real e o subjetivo que não pode ser traduzido em números e, utiliza-se da interpretação de fenômeno e da atribuição de significados, permitindo assim que o pesquisador se utilize dos dados coletados de forma predominantemente descritiva, descrevendo pessoas, situações e acontecimentos.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O presente estudo foi desenvolvido no município de Cajazeiras localizado no alto sertão paraibano, distante 475 km da capital João Pessoa e com população de 58.437 habitantes, apresentando densidade demográfica de 100,28 habitantes por quilômetro quadrado, situando-se na Mesorregião do Sertão Paraibano e na Microrregião de Cajazeiras, o

mesmo possui clima quente e seco com temperaturas médias que variam entre 23°C e 30°C. É o oitavo município mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião. Apresenta uma área de 586, 275 km² e tem como limites os municípios paraibanos de Santa Helena e São João do Rio do Peixe ao norte, São José de Piranhas ao sul, Nazarezinho e novamente São João do Rio do Peixe a leste e Bom Jesus e Cachoeira dos Índios a oeste. Detém um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,685, considerado médio em relação ao estado (IBGE, 2010).

O município conta na Rede Básica de Saúde com 16 Unidades de Saúde de Família (USF), onde 12 são urbanas e 4 são rurais. Cada equipe é composta por enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, atendente de consultório dentário (ACD) e Agente Comunitário de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS, 2011).

A escolha deste município como local da pesquisa ocorreu devido o mesmo encontrar-se entre os sete municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado da Paraíba, e pela facilidade de acesso dos pesquisadores envolvidos. Foram escolhidas para a realização do estudo seis USF da zona urbana de Cajazeiras, pois apenas estas unidades apresentaram casos de tuberculose pulmonar em tratamento no período em que desenvolveu o estudo, são elas: Amélio Estrela; Dom Bosco; Maria José de Jesus; São José / PAPS; Simão de Oliveira e Vital Rolim.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Marconi; Lakatos (2010) definem população como um conjunto de seres animados ou inanimados que possuem pelo menos uma característica em comum. Nesse sentido, a população deste estudo foi formada por todos os casos de tuberculose pulmonar em tratamento nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cajazeiras no período da coleta dos dados, sendo constituída por 10 indivíduos.

No tocante a amostra, esses autores afirmam tratar-se de uma porção ou parcela convenientemente selecionada da população, que serve para colher informações sobre um ou mais aspectos de um grupo maior. Pocinho; Figueiredo (2008) afirmam que da amostra, podem ser retiradas conclusões do estudo válidas para a população. A amostra deste estudo caracteriza-se como de conveniência não probabilística foi constituída por todo o universo da

população que se enquadrou nos critérios de inclusão, totalizando 8 indivíduos, pois dois dos indivíduos não eram lúcidos e capazes de compreender o conteúdo da pesquisa.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram utilizados como critérios de inclusão estar em tratamento para tuberculose pulmonar em Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cajazeiras; ter o caso de tuberculose pulmonar notificado no sistema de informação de agravos notificáveis (SINAN); ter idade igual ou superior a 18 anos.

Os critérios de exclusão consistiram nos casos que já concluíram o tratamento; e não ser lúcido e capaz de compreender o conteúdo da pesquisa, visto que o instrumento de coleta de dados exige essas capacidades.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta foi um roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE A), sendo composto por duas partes: na primeira parte buscaram-se através de questões fechadas os dados sócio-demográficos e econômicos dos sujeitos do estudo, como a idade, o gênero, a escolaridade, o estado civil, a renda familiar, a religião, o número de pessoas com os quais convive. Na segunda parte utilizaram-se perguntas abertas que versaram sobre o impacto social do diagnóstico da tuberculose pulmonar e do tratamento para a vida dos mesmos e como estes percebem o trabalho do profissional enfermeiro em seu tratamento. Foi anexado ao instrumento de coleta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) do participante da pesquisa, e os sujeitos em momento algum foram forçados a participar e nem induzidos em suas respostas durante a entrevista e ainda com intuito de preservar o anonimato dos sujeitos foram utilizados nomes fictícios no instrumento.

A técnica da entrevista, segundo Minayo (2007) é acima de tudo uma conversa a dois ou entre vários interlocutores realizada por iniciativa do entrevistador e busca construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa. Britten (2005) e Spink (1993) pontuam que

a entrevista semi-estruturada possui uma estrutura flexível e questões abertas que definem a área de interesse, possibilitando ao pesquisador maior riqueza de detalhes, e permitindo, a partir de um roteiro mínimo, dar voz ao entrevistado, colaborando assim para o agrupamento de um rico material, especialmente quando este concerne às práticas sociais significativas ao objeto da investigação e às condições de produção das representações investigadas.

3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

Inicialmente foi encaminhado ao secretário municipal de saúde um ofício solicitando a autorização para a coleta dos dados nas USF no mês de março de 2012 e posteriormente realizada a confirmação, junto ao SINAN, dos casos de tuberculose notificados em Cajazeiras - PB.

Logo em seguida, a autorização dada pelo secretário municipal de saúde para a coleta dos dados (ANEXO B) o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro no mês de abril de 2012 e, após recebimento do comprovante de envio sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número: 02312112.5.0000.5182 (ANEXO D) emitido no mês de setembro de 2012 foi dado início ao procedimento da coleta de dados, neste mesmo mês, onde a princípio ocorreu um contato prévio do pesquisador com os enfermeiros das USF que possuem os casos de TB pulmonar em tratamento, onde foram solicitadas destes profissionais informações sobre a lucidez e a capacidade de compreensão dos sujeitos alvo do estudo, além dos endereços dos prováveis participantes, para realização da coleta de dados nos domicílios. De posse destas informações procedeu-se a busca juntamente com os ACS das USF selecionadas, pelos sujeitos que em seguida constituíram a amostra do estudo, e com os quais haveria posterior aplicação da entrevista semi-estruturada.

O procedimento de aplicação da entrevista obedeceu quatro etapas: (1) iniciou-se com uma conversa amistosa entre o pesquisador e o pesquisado tendo por finalidade a explicação do conteúdo da pesquisa e o esclarecimento da participação voluntária do mesmo, além da total confidencialidade dos dados que por ele forem explicitados e em seguida ocorreu o pedido da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e autorização para a gravação das falas dos participantes; (2) após a aceitação cada sujeito escolheu o dia, o horário e o local da entrevista; (3) de acordo com o que foi escolhido pelo

sujeito deu-se o começo da entrevista e início da gravação de suas falas; (4) após a coleta dos dados finalizou-se a entrevista com os agradecimentos cabíveis e aviso ao pesquisado da possibilidade de retorno, caso se fizesse necessário para obtenção de novos dados ou esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Na busca em campo pelos sujeitos da pesquisa, ocorreram diversas dificuldades de acesso as informações pertinentes aos mesmos, pois muitos moravam em localidades de difícil acesso e cercadas pela criminalidade e violência, tornando quase inviável para o pesquisador ir ao encontro dos mesmos, visto os riscos envolvidos. Além do que alguns dos pesquisados quando eram informados do que versava o estudo (a tuberculose) mostraram certa resistência em colaborar, transparecendo que para eles este assunto é algo muito sofrido e preferiam não lembrar que eram portadores desta doença. No entanto, através de uma abordagem, realizada pelo pesquisador, que envolveu o esclarecimento, orientações e envolvimento das equipes de saúde da família onde existiam os casos de TB, através da participação dos ACS, pôde-se ter acesso a estas localidades e obter as entrevistas com os participantes.

Para apreensão das falas dos sujeitos e para arquivá-las de forma segura e prática, facilitando posteriores análises e consultas, foi utilizado um dispositivo gravador *MPEG Audio Layer-3(MP3)*.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados de forma descritiva, onde a caracterização dos sujeitos da pesquisa foi organizada e apresentada em tabelas construídas com auxílio do programa Microsoft Office Excel for Windows 2007. Os dados norteadores do estudo foram analisados qualitativamente, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre; Lefèvre (2005). Neste método analítico, em um primeiro momento são destacadas as Expressões-Chaves das falas transcritas de cada sujeito, posteriormente identifica-se para cada questão a Idéia Central (IC) ou Ancoragem (AC) que representam a concepção daquele grupo sobre a temática. Ao final elabora-se o chamado Discurso do Sujeito Coletivo por meio da junção das Expressões Chaves (EC), que explicitará a representação social, daqueles sujeitos sobre a temática estudada (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Após a organização dos dados coletados, as falas dos colaboradores identificados por nomes fictícios, foram organizadas em quadros guiados pelas idéias centrais e expressões-chave do discurso do sujeito coletivo e confrontados com literatura pertinente à temática da pesquisa.

De acordo com Lefèvre; Lefèvre (2005), o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos através de depoimentos, dentre outras formas, consistindo basicamente, em analisar este material e extrair elementos que irão compor um ou vários discursos-sínteses, fazendo a coletividade falar diretamente.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante a realização do estudo os princípios éticos foram respeitados com intuito de resguardar os direitos dos participantes do estudo, o que condiz com o preconizado pelas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Assim, o pesquisador se comprometeu em manter o participante isento de danos, interrompendo a pesquisa quando existir qualquer razão para suspeitar de que a manutenção da mesma resultará em sofrimento indevido ao pesquisado.

O pesquisador também não utilizou as informações fornecidas durante a pesquisa para quaisquer outros fins que não foram os do estudo, não infligindo também o princípio do respeito da dignidade humana, assim como o direito ao tratamento justo, a privacidade e o conhecimento dos resultados. O projeto de pesquisa foi recebido e encontra-se em apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, e seguiu todas as suas recomendações, adotando os critérios formais exigidos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da coleta de dados realizada juntos aos sujeitos da pesquisa serão apresentados em duas etapas, na primeira, referente aos dados quantitativos, que serão apresentados na forma de tabelas construídas por meio do Programa Microsoft Office Excel for Windows 2007, e na segunda etapa, no tocante aos dados qualitativos da pesquisa serão utilizados quadros observando o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre; Lefèvre (2005), e confrontados com a literatura pertinente. Primeiramente, serão apresentadas a análise e discussão dos dados sócio-demográficos que irão caracterizar a amostra através das variáveis faixa etária, gênero, escolaridade, estado civil, renda familiar, dentre outros.

4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Tabela 1: Distribuição dos participantes quanto às variáveis faixa etária, gênero, escolaridade, estado civil e renda familiar

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Faixa etária		
20 – 40	3	37,5
41 – 60	2	25
61 – 80	3	37,5
Gênero		
Masculino	7	87,5
Feminino	1	12,5
Escolaridade		
Nenhuma	1	12,5
Ensino fundamental incompleto	4	50
Ensino médio completo	2	25
Ensino superior completo	1	12,5
Estado civil		
Casado(a)	2	25
Solteiro(a)	4	50
Viúvo(a)	2	25
Renda familiar		
Menos que 1 salário mínimo	1	12,5
1 à 3 salários mínimos	6	75
Mais de 3 salários mínimos	1	12,5
TOTAL	8	100

Fonte: Própria pesquisa/2012.

De acordo com a Tabela 1, entre os resultados referentes à faixa etária pode-se constatar que 37,5% da amostra estão entre a faixa etária de 20 a 40 anos, e 25 % de 41 a 60 anos e ainda que 37,5% apresentam de 61 a 80 anos. Desse modo observa-se que uma quantidade representativa da amostra dos participantes acometidos por TB pulmonar no município de Cajazeiras encontram-se na faixa etária de 20 a 40 anos (37,5%).

Estes achados reiteram outras pesquisas que envolvem os portadores de TB. Filha et al. (2012) em seu estudo constataram que a maioria dos participantes tinha a idade entre 18 e 55 anos, e como na referida pesquisa reforça-se uma maior prevalência da TB na parcela da população em idade economicamente ativa.

E nesse sentido Filho et al. (2011) expõem que a prevalência da TB nesta faixa etária da População Economicamente Ativa (PEA), corrobora a idéia de que a tuberculose, sendo doença transmissível, com decurso em geral mais longo, acaba gerando absenteísmo considerável, e conseqüentes perdas sócio-econômicas, além do relevante custo que incidem para as necessárias medidas de atenção de saúde pública.

Santos et al. (2012), por sua vez, ao caracterizar os casos de tuberculose notificados em um município prioritário do Brasil revelou alta incidência entre os indivíduos de 20 a 49 anos, atribuindo-a ao caráter endêmico da TB nesta região.

Percebe-se que este perfil de faixa etária transpõe as regiões brasileiras, Bowkalski; Bertolozzi (2010) demonstraram em estudo demonstrando que no Estado do Paraná, a faixa etária mais acometida pela doença também se encontrava, em 2005 entre 20-59 anos.

É relevante ainda a presença da TB em idosos. Ruffino Netto (2004) e Focaccia; Veronesi (2009) afirmam que a presença da doença nesta faixa etária pode ser atribuída a exposição desses indivíduos ao bacilo de Koch no passado e ainda pontuam que o componente envelhecimento da população, ao implicar em fatores como alterações na nutrição e na forma de reposição de energias gastas, acaba influenciando a resistência natural ou adequada do indivíduo, contribuindo para a patogenicidade, e reativação endógena da TB nos idosos.

No que diz respeito ao gênero houve predominância do sexo masculino perfazendo 87,5% da amostra. Resultados semelhantes foram encontrados nas pesquisas de Filho et al. (2011); Palha et al. (2012); Santos et al. (2012). Esse perfil pode ser atribuído ao fato da TB no Brasil predominar nos homens, na proporção de 2 para 1, em relação às mulheres (SILVA, 2011).

As especulações sobre o maior risco relacionado aos homens apontam para fatores biológicos ou subnotificações para o sexo feminino, além de diferenças encontradas entre homens e mulheres com relação aos hábitos de vida, associados à possibilidade das mulheres serem mais resistentes e cuidarem mais da saúde do que os homens (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010).

Belo et al. (2010) pontuam que a tuberculose pulmonar é mais comum em homens, visto que em muitas sociedades os homens são os únicos provedores na família, o que poderia resultar em uma maior exposição ao *M. Tuberculosis*, fora de casa. Os mesmos autores ainda expõem que os homens mais prontamente fornecem amostras de escarro do que as mulheres, facilitando assim o diagnóstico da TB.

No entanto, Wysocki (2011) evidencia que a presença masculina nos serviços de saúde é menor que a feminina, estando a busca por atendimento predominantemente relacionada à doença já instalada, revelando a íntima relação entre os comportamentos de homens e mulheres na busca pela assistência a saúde e o combate a TB.

Queiroz; Nogueira (2010) destacam a necessidade de uma abordagem diferenciada por parte dos profissionais envolvidos no controle da TB para a assistência aos homens em idade economicamente ativa. De acordo com estes autores, a abordagem profissional com o paciente precisa ser voltada para a tendência dos homens, a baixa valorização dos sinais e sintomas, a discriminação, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Vale salientar também que, na atenção a TB não se pode esquecer as mulheres. Bataeiro (2009) expõe que, a doença é a principal causa infecciosa de morte na população feminina, matando anualmente 750 mil mulheres no mundo e, como ela afeta principalmente as mulheres em idade economicamente ativa, acarreta ainda graves consequências para as crianças e suas famílias.

No que concerne a escolaridade, a tabela 1 demonstra que 50% possuem apenas ensino fundamental incompleto, dado bastante relevante, visto que a escolaridade é um importante determinante de saúde, manifestando-se na percepção e capacidade de entendimento das informações e na adesão aos procedimentos terapêuticos (OLIVEIRA; ANTUNES, 2012).

Silva (2011), em estudo que mediu a variável educação em relação à ocorrência de TB no Brasil, concluiu que a probabilidade de um indivíduo possuir tuberculose está inversamente relacionada ao nível educacional do mesmo, ou seja, quanto maior a escolaridade menor a probabilidade de possuir a doença, enfatizando que pessoas com maior

nível educacional têm maior conhecimento sobre suas necessidades, tornando-se assim aptas a procurar ajuda de especialistas logo que se julguem com problema de saúde.

Lafaiete et al. (2011) em investigação sobre o acesso ao tratamento de TB em uma cidade do estado do Rio de Janeiro, concluíram que a escolaridade é o indicador mais importante que determina o nível socioeconômico, e que a TB afeta de forma mais incisiva grupos com o nível socioeconômico menor.

Corroborando os achados desta pesquisa, estudos apontam que portadores de TB com o ensino fundamental incompleto levaram um tempo cerca de 18% maior para proceder a busca por atendimento e ainda que indivíduos portadores de TB com maior escolaridade tinham chance 1,5 maior de cura (WYSOCKI, 2011; SASSAKI, 2010).

Nesta perspectiva Bowkalowski; Bertolozzi (2010) evidenciam que a vulnerabilidade social, vinculada a baixa escolaridade pode influenciar na obtenção de informações acerca da doença, assim como o acesso à informações de maneira geral e, conseqüentemente a qualidade de vida dos indivíduos.

No que diz respeito ao estado civil, a tabela demonstra que os solteiros representam 50% da amostra. Sobre este aspecto, Lima et al. (2001) em pesquisa constataram através de um estudo que, um número maior de solteiros abandonou os tratamentos, quando comparados aos portadores que eram casados, separados ou viúvos.

Recai sobre este achado o fato da preocupação dos solteiros ser mais dispersa em relação à doença, e por vezes estes não apresentam adesão total ao tratamento, preferindo preservar seu estilo de vida anterior ao surgimento da TB, mesmo quando debilitados. Pessoas casadas tendem a cuidar melhor da sua própria saúde e, por consequência, de seu companheiro também, o que demonstra comportamentos sociais diferentes dos indivíduos, dependendo do seu estado civil, resultando num menor ou maior risco de infecção e subseqüente, frequência da doença (SILVA, 2011).

Quanto à renda familiar, observa-se que a maioria dos participantes que recebem de 1 a 3 salários mínimos por mês, 75% dos indivíduos estudados. Este resultado corrobora com outros estudos, como o de Filha et al. (2012) que ao identificar uma renda relativamente baixa nos portadores de TB evidenciaram a doença como um problema de saúde pública, por incidir principalmente em cidadãos em situação de vulnerabilidade social. Oliveira; Antunes (2012) referem à existência da relação entre a TB e os indicadores de *status* socioeconômicos como baixo nível de renda.

Silva (2011) expõe que a renda do indivíduo e família afeta negativamente na probabilidade de possuir tuberculose. A renda em todos os modelos estudados por este

pesquisador é significativa e demonstra que, quanto maior a renda, menor a probabilidade de o indivíduo ter a tuberculose, tendo em vista que a prevalência da infecção varia de acordo com o estado socioeconômico da população e as diferenças na prevalência entre os segmentos mais ricos e os mais pobres da população foram substanciais, além disso, mais renda permite maior acesso a cuidados médicos, melhor nutrição e maior acesso a educação contribuindo para prevenção da TB.

Neste aspecto, Palha et al. (2012) destacam que os aportes financeiros são essenciais para os doentes de TB, dado que esses advêm, na sua maioria, de grupos ou estratos populacionais com baixas condições sociais e econômicas. Essas condições dificultam a regularidade no retorno mensal ou semanal aos serviços de saúde, a depender dos ajustes da terapêutica medicamentosa instituída.

Souza (2010) observa que a própria associação da imagem que a TB tem na sociedade atual, como mal que atinge pessoas na pobreza, gera preconceito e exclusão social, não afetando apenas o corpo da pessoa, mas passando a fazer parte do viver do portador, alterando a renda familiar, como consequência do afastamento do trabalho, mesmo que temporário e, por fim, modificando as relações e os papéis do portador de TB em seu meio social.

Quanto à fase de tratamento na qual os entrevistados se encontravam, constatou-se que um se encontrava no primeiro mês do tratamento, dois no segundo mês, dois no terceiro mês, um no quarto mês e dois no sexto mês de tratamento. Sendo assim, a maioria 62,5% realizavam o tratamento para TB pulmonar na fase de manutenção, que compreende do terceiro ao sexto mês de tratamento.

Tabela 2: Distribuição dos participantes quanto às variáveis ocupação, se mora sozinho, religião e se tem filhos.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Ocupação		
Vendedor ambulante	1	12,5
Auxiliar de serviços gerais	1	12,5
Cambista de jogos de azar	1	12,5
Desempregados(as)	2	25
Aposentados(as)	3	37,5
Mora sozinho		
Sim	1	12,5
Não	7	87,5
Religião		
Católicos	7	87,5
Protestante	1	12,5

Filhos		
Sim	6	75
Não	2	25
Total	15	100

Fonte: Própria pesquisa/2012.

No que compete ao aspecto profissional/ocupacional a maioria dos entrevistados apresentavam empregos informais 37, 5% correspondendo a vendedor ambulante, auxiliar de serviços gerais sem registro em carteira de trabalho, cambista de jogos de azar e, ainda 25 % estavam desempregados. Estes resultados corroboram com outros estudos, a exemplo de Oliveira; Antunes (2012) no qual 61,5% da amostra populacional inquirida estavam desempregados ou inseridos no mercado de trabalho informal.

Bowkalowski; Bertolozzi (2010) em estudo sobre vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade - Curitiba, estado do Paraná constataram que com relação à inserção no mercado de trabalho, 42,3% dos sujeitos encontravam-se na condição de empregados informais no momento do estudo.

Sobre as relações informais de trabalho os mesmos autores afirmam que estas se encontram diretamente ligadas à precarização do trabalho, configurando-se como uma das características do empobrecimento e aumento do desemprego em países em desenvolvimento, como o Brasil.

Nesse sentido os vínculos empregatícios conferidos por esta modalidade de trabalho como contratos parciais, ou mesmo trabalho autônomo sem capital próprio dentre outros, acabam tornando estes trabalhadores vulneráveis socialmente, considerando-se o ritmo de trabalho extenuante, e o fato de que qualquer empecilho que os privem de trabalhar acarreta na cessação imediata da renda, o que acaba interferindo diretamente na saúde destes trabalhadores e de suas famílias (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010).

Caliari; Figueiredo (2012) atribuem em seu estudo às limitações de inserção no mercado formal de trabalho a pouca escolaridade dos sujeitos, sugerindo a precariedade na qualificação profissional dos mesmos, o que também pode ser consoante aos achados aqui observados.

Mazzei et al. (2003) ressaltam que muitos portadores de TB ao se encontrarem desempregados ou mesmo sem condições físicas para o trabalho, carecem de incentivos como passes para transporte, cestas básicas para os que têm regularidade no tratamento, dentre outros, pois estes colaboram para a melhora nutricional e estimulam a adesão ao tratamento, tendo em vista que os incentivos muitas vezes são a tênue linha que os separa da miséria,

além do que o longo tratamento da TB, propicia o abandono, necessitando de estímulos a continuidade do tratamento por diversas estratégias.

Quanto ao número de pessoas com os quais os sujeitos da pesquisa residem, observou-se que 87,5 % não moram sozinhos e destes 57,14% moram com mais de 3 pessoas, o que concorda com Bowkalowski; Bertolozzi (2010) que encontraram em sua pesquisa que 11,5% dividiam o mesmo espaço com 3 a 5 pessoas. Segundo o Ministério da Saúde quanto maior o número de pessoas dividindo o mesmo espaço, maior é o risco de transmissão da tuberculose, quando da existência de um portador bacilífero (BRASIL, 2010a).

Estudos revelam que o risco para desenvolver a tuberculose, em domicílios com quatro ou mais pessoas, é de 3, 1 vez maior do que quando comparado aos domicílios com duas ou menos pessoas, pois, o grande número de pessoas em um mesmo domicílio, associa-se a moradias com pouca ventilação e úmidas, como favelas e cortiços (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010) .

No tocante a religião dos pesquisados 87,5% consideram-se católico dado semelhante ao de outros estudos, tendo em vista que o Brasil é um país laico, mas com predominância da religião católica (IBGE, 2010).

Ferreira et al. (2011) enfatizam que a religião cumpre um papel facilitador para o acesso a redes de suporte e integração social por meio de suas instituições religiosas e congregações. Sá et al. (2007) observam que muitas pessoas, diante de situações difíceis e traumáticas, recorrem ao poder divino na esperança de conseguir cura, pois muitas vezes não recebem atenção sobre seus aspectos emocionais e afetivos, por parte do sistema de saúde, pois estes não valorizam a subjetividade, a fragilidade e a insegurança apresentados pelos enfermos diante da doença. Nestas condições, para combater a tuberculose, considerar a crença religiosa do portador torna-se necessário.

As mesmas autoras enfatizam a importância da fé na recuperação da saúde, porém, detecta-se que os portadores que acreditam na cura somente pela fé substituem o tratamento clínico-nutricional, não se observando a associação entre os dois e a participação dos serviços de saúde na comprovação da cura.

Os dados referentes à existência de filhos revelaram que entre os entrevistados 75% afirmaram possuí-los e, destes, 83 % têm de 3 a 5 filhos.

4.2 DADOS REFERENTES À PROPOSTA DO ESTUDO

Nesta etapa da pesquisa, são apresentados os dados qualitativos, referentes à proposta do estudo. A análise destes dados do estudo foi feita através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo Lefèvre; Lefèvre (2005), as quais são expostas em quadros e discutidas de acordo com a literatura pertinente à temática.

Quadro 1- Ideias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “O que lhe foi dito sobre a doença na ocasião do diagnóstico?”

Ideia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo-1
Seguir o tratamento preconizado	<i>Disse que tinha cura, que tinha que iniciar o tratamento e que a duração do tratamento era de seis meses [...] que eu tomasse o medicamento corretamente [...] disse pra eu tomar esse comprimido em jejum, todo dia, não falhar não! [...] disse pra eu começar a tomar esse medicamento [...] me explicou que a tuberculose tinha cura se eu seguisse direitinho o tratamento [...] disse que o tratamento é de seis meses com medicação tomada certa.</i>
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo-2
Mudar o estilo de vida	<i>Disse que eu não fumasse, não bebesse, não ficasse na poeira, nem no sol quente [...] disse que eu evitasse poeira, água quente [...] disse pra manter repouso [...] disse que eu não podia bebê, pra poder ficar bom e todo mês tinha que fazê exame pra sabê se a bactéria vai acabando.</i>

Fonte: Própria pesquisa/2012.

Como se observa no Quadro 1 acima, de acordo com o DSC-1 o que é informado ao portador no momento do diagnóstico limita-se ao tratamento preconizado. Sendo assim, fica evidente a preocupação reducionista dos profissionais que fornecem tal diagnóstico, observando somente a doença. Porém, percebeu-se na coleta dos dados que a tuberculose ainda provoca sentimentos negativos nos mesmos, fato demonstrado pela aflição presente em muitos deles ao falar sobre ela, necessitando que estes aspectos sejam abordados pelos profissionais envolvidos em seu tratamento.

Oliveira; Lefèvre (2012) em estudo realizado com profissionais de saúde envolvidos com a revelação do diagnóstico de TB em unidades de saúde do município de São

Paulo, onde os mesmos explicitaram que diante do complexo quadro atual, os problemas de saúde já não podem mais ser solucionados com medidas pontuais, como por exemplo, a medicalização pura, sem nenhuma outra intervenção, sendo necessário adotar, igualmente, complexas formas de atuação. Enfatiza-se, assim, a necessidade de se estabelecer parcerias com outros serviços de saúde como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual apresenta diversos profissionais para dar suporte a Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre eles psicólogos que podem trabalhar mais particularmente os aspectos psicossociais envolvidos com a TB em usuários da ESF portadores desta doença.

Deste modo, atender às necessidades das pessoas ultrapassa o aspecto biológico das mesmas, pois atender o portador de TB considerando-o dentro de um contexto de vida cria um espaço de interlocução entre o paciente e o profissional de saúde, espaço este que promove as bases que determinarão a adesão no tratamento, pois a comunicação frágil entre profissional e paciente, propicia em muitos casos o abandono do tratamento, pois antes o paciente foi abandonado pelo serviço de saúde, ao não considerá-lo de forma holístico (OLIVEIRA; LEFÈVRE, 2012; SÁ et al., 2007).

Paz; Sá (2009) em estudo sobre o cotidiano do tratamento a portadores de tuberculose em unidades básicas de saúde, alerta que quando os usuários recebem o diagnóstico de que estão com TB, uma tragédia se abate sobre suas vidas, pois a doença toma a dimensão de castigo social. Corroborando Oliveira; Lefèvre (2012) enfatizam que o diagnóstico de TB é um momento que se diferencia de qualquer outro (marcação de consulta, primeira consulta, coleta de exame, etc.), pois é onde uma “verdade” aparece. A verdade de se ter uma doença que pode levar à morte.

À medida que os profissionais que atuam no Programa de Controle da Tuberculose conhecem os sentimentos de aflição que acompanham o momento do diagnóstico e os doentes por sua vez tem o discernimento que a tuberculose pode evoluir para uma grave condição de debilidade física, sofrimento, dores, dificuldades respiratórias e morte, esta ocasião requer dos profissionais o fornecimento de toda informação possível através de uma terminologia adequada, atitudes sensíveis, delicadas e respeitosas, relativa ao momento em que se confirma a tuberculose e se espera a adesão ao tratamento, ouvindo o usuário com atenção, e provendo esperança ao mesmo (BRASIL, 2010b; PAZ; SÁ, 2009).

No que diz respeito ainda ao Quadro1, o DSC-2 demonstra que o alvo das orientações engloba a exigência de mudança no estilo de vida envolvendo abandono de vícios como o tabagismo e o alcoolismo e outras práticas do cotidiano destes indivíduos, e assim os discurso encontra-se repleto de recomendações, muitas vezes, que não tem fundamentação

científica, mas estão presentes nas ideias do senso comum que envolvem a TB (evitar poeira; evitar pegar sol no horário mais quente do dia; evitar água quente). Neste panorama as condições informadas pelo profissional para que o tratamento da TB seja eficaz evidenciam conflitos entre profissional de saúde e paciente.

Lefèvre; Lefèvre, (2009) ponderam que o profissional de saúde é aquele com poder para conduzir o processo de cura e o paciente é aquele onde o processo saúde/doença está ocorrendo. No entanto, não se pode esquecer que o paciente além de proprietário do corpo, também é proprietário de vontade, livre para colaborar, duvidar, discordar, impedir, ou negar. Nesta perspectiva, Rocha; Adorno (2012) afirmam que os portadores de TB que consomem álcool podem se sentir constrangidos em assumirem este consumo, principalmente diante de um profissional de saúde, pois creem que terão seu comportamento reprovado e receberão, talvez, lições que são tidas como “de moral”, intensificando assim a discriminação de grupos sociais como usuários de álcool e drogas.

Portanto é preciso haver diálogo e não condução doutrinária do outro. Trata-se de empoderar as pessoas, e nesta ótica de combate a TB sem segregar o portador, as práticas do enfermeiro e do médico devem emergir alternadas e direcionadas, de acordo com as necessidades de respostas do controle da TB na população, dispondo informações “significativas” para aquela pessoa a fim de que ela possa tomar decisões autônomas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2009; OLIVEIRA; LEFÈVRE, 2012; SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011).

Quadro 2- Ideias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Como você reagiu após o diagnóstico da doença?”

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo-1
Autopreconceito	<i>Pedi a Deus que me curasse, porque a pessoa pensa que as pessoas fica dando o desprezo, a pessoa pensa assim fulano as vez se afasta porque a pessoa tem aquela doença! As amizade se afasta porque a pessoa é doente de tuberculose![...] tive preconceito comigo mesma [...] pensei logo nas pessoas que iam ter preconceito comigo né? Já pensei vou perder meu emprego, vô ter rejeição da própria família [...] eu evitava dizê que tava, quem é que quer tá tuberculoso? [...] pra o povo de fora eu não quis falar [...] o povo da rua é muito fofoqueiro e pros vizinhos eu não contei pra evitar preconceito.</i>
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo-2
Surpresa	<i>Foi uma surpresa [...] agente nunca acha que vai acontecer com agente né? [...] fiquei surpreso não imaginava que ia pegar esse problema [...] me espantei nunca pensei que pudesse acontecer comigo.</i>

Fonte: Própria pesquisa/2012.

No que tange ao Quadro 2, identifica-se que o DSC-1 evidencia o autopreconceito como ideia central, este acarreta em sentimentos negativos percebidos através das falas dos participantes, como a presença de angústia ,vergonha, negação e aversão à doença, contribuindo para uma postura de ocultamento da TB para evitar a estigmatização pelos seus pares.

O autopreconceito presente nas falas dos pesquisados, vai de encontro aos resultados obtidos em pesquisas realizadas por Rodrigues; Souza (2005); Santos (2010); Souza; Silva; Meirelles (2010) e Clementino et al.(2011) onde o autopreconceito tem papel de destaque nos depoimentos dos participantes.

Queiroz et al. (2012) enfatizam que o preconceito que as pessoas percebem existir nos outros não é uma surpresa, pois elas próprias têm esta mesma representação da tuberculose. Estes autores expõem que o autopreconceito está ligado à identidade do eu, que é experimentada pelo próprio indivíduo de forma subjetiva e, ao viver na mesma sociedade que os demais que o tornam alvo de preconceito, o próprio indivíduo incorpora padrões, normas e modelos de identidade desta sociedade, o que o conduz à autodepreciação e a autocontradição.

O DSC-1 sobre a reação do indivíduo ao saber é portador de tuberculose confirmam o que vem sendo exposto há décadas sobre esta doença, cujo nome deveria ser evitado, uma doença mortal que acometia especialmente as pessoas enfraquecidas por privações, desregramentos ou possuidoras de características singulares que as tornavam mais propensas ao adoecimento, e nesta visão social da TB. Santos (2010) pontua que a manifestação do estereótipo sob a forma de preconceito pelo próprio indivíduo, evidenciados por atitudes como a não revelação do seu diagnóstico a outros são notadas como necessárias para preservação dos outros à própria presença como portador de um mal contagioso.

Provavelmente, a imagem negativa supracitada atribuída pelo doente à TB pode ser correlacionada aos traços culturais dos construtos psicossociais e ideológicos que permeiam as relações interpessoais e afetivas atuais, e mesmo ao legado passado desta doença, no qual o horror diante da tuberculose acabou por fazer dela um tabu, um objeto de interdição e seu sintoma extremo é a estigmatização do doente e seu consequente isolamento (PÔRTO, 2007; MACIEL et al., 2012).

De acordo com Sá et al. (2007) os fatores de ordem socioculturais e psicoafetivos como estigma da tuberculose, o desconhecimento da doença e o autopreconceito podem atrapalhar o tratamento da TB. Visto que, o doente, por vezes, a fim de omitir o diagnóstico aos parentes ou outras pessoas da rede social, se negam a realizar o tratamento em Unidade de Saúde próxima à residência, o que pode promover dificuldades em sua locomoção e na continuidade do tratamento, além do que, o desconhecimento em relação à enfermidade acaba fazendo com que o indivíduo considere-se curado antes que haja cura efetiva, também contribuindo para o abandono do tratamento (SILVA, 2009).

Sobre a idéia central 2, o fato de os participantes entenderem o diagnóstico da TB como algo que lhes causou surpresa, demonstra que os mesmos já tem ideias incutidos sobre os grupos vulneráveis a esta doença e na sua concepção não estariam inclusos nestes grupos, visto que a TB estaria associada a comportamentos e estilos de vida que não lhe são usuais.

Corroborando esta inferência, achado semelhante foi encontrado em estudo realizado por Sá (2007) ao sinalizar que as doenças são eventos inesperados e indesejados, principalmente quando se trata de tuberculose, com seu expressivo significado social. Neste aspecto, a surpresa se dá pelo fato da tuberculose está associada, na imaginação, a crenças tradicionais sobre a natureza moral da saúde, da enfermidade e do sofrimento humano, estando por vezes, associada à presença da AIDS e a ideia de doença que acomete apenas os carentes, e pessoas fracas (SOUZA, 2010).

Deste modo pessoas que estão com TB, mas que não apresentam comportamentos de risco para AIDS e tem melhores condições de vida, se considerando fisicamente fortes, não esperam adoecer, pois se julgam protegidas pelas suas condições orgânicas favoráveis, como enfoca Rodrigues; Souza (2005) que demonstraram em estudo que abordou as representações sociais de clientes sobre a tuberculose, que um indivíduo fisicamente forte, em virtude de sua atividade laboral que se configurava em trabalho braçal, mostrou claramente que acreditava estar protegido da doença por não se enquadrar no que está cristalizado no imaginário coletivo como o “protótipo do tuberculoso”, que para ele é característico de um grupo (dos fracos) que não é o seu grupo de pertença.

Quadro 3- Ideias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Como as pessoas reagiram?”

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo 1
Preconceito	<i>Meu material é separado e minha roupa é lavada em separado [...] percebi muita discriminação com a doença inclusive dos próprios agentes de saúde, pessoas que trabalham dentro do hospital quando percebe a doença, quando suspeita! [...] agente percebe de algumas pessoas, elas ficam com receio quando agente vai tomar uma água, eles sempre procura um copinho mais velho, a pessoa não vai dar água com boa vontade, existe preconceito sim!</i>
Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo 2
Aceitação	<i>Minha família reagiu normal [...] normal não mudou nada não, na família e nos amigos mais próximos [...] na minha família não percebi nenhuma reação de preconceito [...].</i>

Fonte: Própria pesquisa/2012.

Em relação ao DSC1 do Quadro 3, o que se observa é que a coletividade vivência diariamente atos, mesmo que velados, de preconceito e segregação, isto lhes causa tanto dano ou mais do que a própria tuberculose.

Através das falas dos colaboradores percebe-se o quanto está fortemente ligado o preconceito a esta doença e sobre este aspecto concorda-se com Clementino et al. (2011) ao pontuar que o preconceito explícito ou velado faz parte do cotidiano de quem tem a doença, tratando-se de uma experiência difícil que constrange e envergonha a quem a tem.

Assim como na pesquisa destes autores neste estudo corrobora-se o fato de que os doentes e familiares estabelecem regras de convivência com o objetivo de evitar o contágio,

representadas pela separação de utensílios de uso pessoal, restrição do espaço domiciliar, e do contato físico entre parentes, e tudo isso contribui para aumentar a solidão dos doentes. Neste aspecto, destaca-se, o fato de uma doença infectocontagiosa como a TB afetar as relações com as pessoas, na medida em que o preconceito aliado ao medo leva a sociedade a se afastar dos valores pessoais deixando de compartilhar ajuda e solidariedade (CLEMENTINO et al., 2011; SANTOS, 2010; SOUZA, 2010).

O rótulo de doença mortal, perigosa e transmissível que circunda a TB, recai em forma de preconceito sobre o doente, como se ele carregasse este rótulo também. O estigma de ser portador de TB representa de certo modo uma “morte social”, levando a pessoa a sentir-se sozinha, pois promove o estabelecimento de uma identidade social que o faz sentir-se diferente dos outros, deixando de ser considerado um ser comum, reduzindo-se a uma pessoa carregada de atributos negativos, e neste aspecto as experiências de sofrimento vivenciadas pelos portadores de tuberculose estão muito mais relacionadas ao preconceito que a doença carrega consigo, do que com a própria manifestação da doença (RODRIGUES; SOUZA, 2005; SANTOS, 2010; SOUZA, 2010).

O preconceito também é originado pela falta de informação em relação à transmissão da doença o que provoca comportamentos preventivos não condizentes ao conhecimento atual sobre a tuberculose e esses comportamentos causam constrangimentos à pessoa com tuberculose, como a supracitada segregação de utensílios domésticos revelados pelas falas dos indivíduos pesquisados neste estudo (SÁ, 2007; CLEMENTINO et al., 2011; SILVA, 2009).

De acordo com Hino et al. (2012), o próprio temor do preconceito que receberão pode levar a recusa dos portadores de TB a se tratar nas Unidades de Saúde da Família próximas à sua casa para evitar que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou seus vizinhos saibam de sua doença, pois muitas vezes os próprios profissionais da saúde que deveriam combater atitudes preconceituosas acabam tendo-as com os doentes como é expresso no DSC 1 deste estudo.

Souza; Silva (2007) ressaltam em seu estudo achado semelhante ao referir que nas falas dos pesquisados, nota-se que não apenas pessoas leigas desconhecem o processo saúde-doença da tuberculose, mas profissionais da saúde colocam seus preconceitos acima do conhecimento da biomedicina, evidenciando o quanto essas questões precisam ser trabalhadas na formação profissional.

De acordo com as falas do DSC-2 do Quadro 2 pode evidenciar que a aceitação também está presente no âmbito da ocorrência de tuberculose, porém muito ligada ainda aos

familiares que por sua vez tendem com maior facilidade a aceitar a presença da tuberculose em seu meio, provavelmente pelas relações de afeto que geralmente permeiam o relacionamento familiar.

No que tange a ideia central de aceitação do outro em relação à condição de portador de tuberculose do indivíduo, este achado vai de encontro ao estudo de Silva (2009), ao revelar que o recurso utilizado para lidar com a presença inegável da TB é a comiseração e aceitação diante da situação imposta pela condição de doente e desta forma, muitas vezes os doentes são tratados com sentimentos de compaixão a fim de aliviar o sofrimento físico e psicológico causado pela doença.

Clementino et al. (2011) que detectou ser o âmbito familiar onde predomina a aceitação da TB, sendo evidenciado por manifestações de afeto e confiança durante o tratamento. E neste contexto, estes autores revelaram que a presença de pessoas que possam compartilhar com o doente, tanto o enfrentamento da doença e o combate ao preconceito envolto na mesma, quanto às dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, torna-se fator importante e decisivo para a cura.

Quadro 4- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “O que mudou na sua relação com a sua família e seus amigos depois do diagnóstico de tuberculose?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Auto-isolamento	<i>Decidi que não podia mais embarcar porque ninguém vai aceitar um doente né? [...] gostava de sair com os companheiros, mas depois que adoeci mais nunca, só fico mais na sombra , quando sento na calçada , num saí mais não homi [...] não saio muito, eu acho que eu me retrai, tô deixando de ir na casa dos meus amigos e familiares. Tô mais em casa porque eu tenho medo da rejeição do preconceito [...] Saia, me divertia, me sentia bem! Aí depois da TB não senti mais vontade de sair de casa, passei dois mês só dentro de casa.</i>

Fonte: Própria pesquisa/2012.

No quadro acima exposto percebe-se a presença da ideia central de auto-isolamento nos colaboradores entrevistados, e este achado encontra explicação no estudo Souza (2006), onde esta autora refere que a preocupação com a contaminação faz os doentes

de TB se sentirem-se excluídos e eles próprios se isolam, numa reação que algumas vezes pareceu uma antecipação, ou seja, isolavam-se, antes que fossem isolados.

Para esta autora o auto-isolamento é entendido como uma forma de minimizar o sofrimento pela possível exclusão a que seriam expostos, representando uma forma de cuidado com os outros, de evitar exposição, no entanto quando estes não são apoiados acabam sentindo-se solitários e excluídos.

Nesta visão, Queiroz et al. (2012) ao pontuar sobre as relações afetivas presentes nos portadores de TB, refere que devido ao medo de transmitir a doença, principalmente no que diz respeito ao parceiro e para não se sentirem culpados, afastam-se de todos, ou seja, da família e do parceiro, pois sabem que quando se trata de doença estigmatizante e embargada de preconceitos como a TB, observa-se que as reações negativas podem se sobrepor aos sentimentos e laços que envolvem a família e os amigos, levando-o ao isolamento e consequentemente à solidão, levando-os até a não querer viver ou separar-se definitivamente da família.

Estar doente de tuberculose é uma experiência difícil de ser compreendida, aceita e vivida, pois diversos aspectos do cotidiano ficam alterados por esta condição. Inicialmente os doentes se culpam pelo seu adoecimento o qual é atribuído ao descuido com a alimentação, com o repouso e com os excessos cometidos contra o próprio corpo (SILVA, 2009; SOUZA, 2010).

A doença tem o poder de afastar pessoas, porque os sadios querem se preservar do adoecimento e entendem que evitando o contato com os doentes afastarão a possibilidade de adoecer, crença esta que também é compartilhada pelo próprio doente que entende que assim protegerá aos demais, mas tal conduta é difícil de ser aceita e tampouco de ser sustentada sem sofrimento, porém os portadores se submetem a isto, pois pensam ser este o único modo que dispõem para “garantir” que não serão responsabilizados por novos casos de tuberculose, o que seria um peso a mais que teriam que suportar (CLEMENTINO et al., 2011; SÁ, 2007; SILVA, 2009; SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010; SOUZA, 2010).

Santos (2010) explica que os indivíduos portadores de TB apresentam comportamentos semelhantes aos que tinham diante de um tuberculoso, se distanciando fisicamente das pessoas as quais temiam contagiar, ainda que tivessem recebido orientações dos agentes de saúde de que tais condutas não eram necessárias.

O mesmo autor procura explicar isto afirmando que a doença e os acometidos por ela foram fortemente estigmatizados na era sanatorial, sendo as noções de contágio e periculosidade intensificadas e tão incutidas, que sobrepõem às orientações que os doentes

atualmente recebem dos agentes de saúde, e mesmo dentre os doentes mais jovens, os quais mais se distanciam temporalmente da época sanatorial, são influenciados por elas, exemplificando em seu estudo que um pesquisado jovem deixou de comparecer à escola durante os seis meses de tratamento para evitar a transmissão da doença, prejudicando além de sua formação educacional suas atividades cotidianas e seu convívio social.

Neste estudo ele também refere que, alguns doentes, os quais ouviram falar da tuberculose na infância, trouxeram nas narrativas suas recordações de ser uma doença perigosa, temida, que contaminava e matava as pessoas, e que devia manter distância dos doentes. Fato que pode também ter influenciado o comportamento de auto-isolamento dos colaboradores aqui pesquisados.

Souza (2010) expõe que para o auto-isolamento concorrem duas concepções, sendo a primeira concepção de que a tuberculose faz a pessoa sentir-se discriminada e a segunda que ao sentir-se discriminada a pessoa com tuberculose afasta-se do convívio social. Algumas vezes, por perceberem a reação dos outros; no início do tratamento, por recomendação dos profissionais; mas também se afastam como uma antecipação da reação do outro, como já comentado anteriormente.

Quadro 5- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “O que mudou na sua vida profissional e /ou escolar depois do diagnóstico de tuberculose?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Desemprego	<p><i>Não pude mais trabalhar, o trabalho lá é pesado, muito trabalho, fico preocupado por estar desempregado, a doença pode piorar e eu ter que comprar remédio, como vou pagar? [...] depois que fiquei sabendo que tinha a doença, rapaz parei de trabalhar mais de um mês, meu patrão! [...] Depois que descobriram que eu tava com TB, aí mudou minha vida, porque a partir de então eu não frequento mais meu trabalho. [...] Trabalho com vendas, aí parei de vender [...] Tive que me afastar da empresa e juntar a papelada para o INSS [...] Depois da TB a pessoa tem que ficar seis mês parado! Aí fica chato, vendo só a mulher trabalhando! A pessoa fica até meio encabulada! [...] trabalhava viajando no mei do mundo, agora eu doente não podia mais viajar que tinha que todo dia tomá o comprimido no posto!</i></p>

Fonte: Própria pesquisa/2012.

O Quadro 5 expõe a conseqüência social para o portador de TB representada pelo desemprego. O fato de não poder mais trabalhar no que exercia antes de ter esta doença, e deixando ser o mantenedor (a) do lar, é visto como algo constrangedor e motivo que leva a frustração, ao menosprezo e a tristeza como é exposto pela falas dos participantes. Este discurso apóia-se na função de *status* social atrelado ao emprego, como sustentar-se e sustentar seus entes, ser representativo para os mesmos, na medida em que pode contribuir com eles através do auxílio financeiro.

Nesse sentido, esta pesquisa vai de encontro a estudos como o de Santos (2010) e Souza (2010), onde estes enfatizam que esta doença gera impactos negativos na vida dos usuários, afastando-lhes do trabalho, fonte de sustento e representação de independência, o que dificulta a superação da situação de exclusão.

De acordo com estes autores essa é a possibilidade que aflige o portador, ocasionando-lhe tristeza e desânimo para viver, pois além da ociosidade seus efeitos evolutivos, debilitam o sujeito e retiram-lhe a energia vital. Ao mesmo tempo, exige destes uma tomada de decisão, principalmente a de ter que se submeter ao tratamento e as demais condutas necessárias para obter a cura.

Souza; Silva (2010) enfatizam que o afastamento das atividades laborativas também é um elemento do tratamento, porém esse afastamento pode causar constrangimentos às pessoas com tuberculose, ao perceberem que estão sendo discriminadas, e pode ainda ter repercussões econômica, pois com o auxílio fornecido, o portador de TB pode vir a ganhar bem menos do que enquanto estava trabalhando, motivando- o ao abandono do tratamento, visto que a recomendação é que a pessoa com tuberculose pulmonar fique afastada enquanto a baciloscopia for positiva.

Os mesmos autores enfatizam que pessoas que têm atividade mais autônoma, em que seus vencimentos estão relacionados ao que efetivamente realizam, como, por exemplo, comissionadas, são as que mais sofrem como é o caso da fala do viajante presente no DSC na pesquisa aqui desenvolvida. Outra situação nefasta que concorre para o dano psicossocial do sujeito com TB é a sua demissão após o retorno do afastamento, o que reflete nuances de preconceito vinculado à transmissibilidade e ou à imagem que também têm da tuberculose os empregadores.

Ao ser afastado ou mesmo demitido do trabalho, o portador de TB observa sua renda familiar ficar comprometida, não conseguindo assim honrar compromissos financeiros, ou mesmo manter o sustento da família, o que pode acarretar até mesmo o abandono do

tratamento, uma vez que essa situação não é facilmente resolvida entre trabalhador, saúde e empregador (SOUZA, 2010).

Sendo assim, para o empregador, o afastamento das atividades está resolvido com o afastamento do trabalho, tratando-se de mera determinação a ser cumprida, pois nem sempre o empregador está preocupado com a saúde de seus empregados. Porém para o trabalhador isso pode trazer prejuízos econômicos, interferindo na sua sobrevivência e de sua família, o que faz repensar a continuidade do tratamento (CLEMENTINO et al., 2011).

Souza; Silva (2010) expõe que o tratamento envolve também ir às consultas e fazer exames, sendo estas atividades incorporadas nesta etapa do processo saúde/doença, podendo modificar o cotidiano, como, por exemplo, perder o dia de trabalho para cumprir com os compromissos que a doença impõe. A perda do dia de trabalho e o tempo de espera para as consultas e exames são elementos que podem ter repercussões econômicas, podendo, por vezes, ter descontos salariais ou mesmo demissões.

Souza (2010) sinaliza que devido às marcas sociais que envolvem a TB e seu portador como o preconceito decorrente do estigma desta enfermidade, e a dificuldade de realizar o trabalho pela falta de energia decorrente da doença podem ocorrer dificuldades para obtenção de novos empregos para aqueles sujeitos que foram demitidos por causa da doença, levando-os ao auto-isolamento e modificando seu papel social.

No que diz respeito ao suporte social oferecido ao portador de TB, informa-se a existência do "auxílio-doença" que é um benefício oferecido pela Previdência Social a toda pessoa acometida de tuberculose ativa, podendo ser solicitado em Agências do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) mediante o cumprimento das exigências cumulativas e de apresentação de documentos específicos (MAZZEI et al., 2003).

No entanto Queiroz et al.(2012) em estudo sobre potencialidades e limites da estratégia do tratamento supervisionado (DOTS) para a tuberculose, sob a percepção de usuários, constatou que este auxílio, foi apontado pelos profissionais como aspecto que pode limitar a adesão ao DOTS, dado que, pela necessidade de continuar a receber o auxílio, o usuário prolonga o tempo de tratamento. Nesse sentido faz-se necessário, não apenas maiores incentivos ao auxílio econômico financeiro, mas também emocional e informativo ao portador de TB tendo em vista o risco para o desemprego e os prejuízos que este pode provocar.

Quadro 6- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Quais as dificuldades que você encontra para realizar seu tratamento?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Efeitos colaterais da medicação Anti-TB	<i>A dificuldade é que quando tomo o remédio, vem um sono e a tosse que não acaba [...]ficá só vomitando, eu almoçava , merendava normal, mas quando jantava aí vomitava , quase um mês nesse rojão [...]tenho reação quando me deixo sentir fome , e tenho que tomar esse remédio em jejum.</i>

Fonte: Própria pesquisa/2012.

No que concerne, as dificuldades para a realização do tratamento surge como ideia central os efeitos colaterais dos tuberculostáticos. Pelas falas dos participantes pode-se inferir o quanto é difícil ter que lidar diariamente com a ingestão de medicações que podem gerar náuseas e vômitos, as quais têm que ingerir em jejum e com rigor. Além das cobranças envolvidas que emergem dos outros e de si mesmo de ter que continuar mesmo sentido o impacto físico dos efeitos acarretados pelo tratamento.

Clementino et al. (2011) explicitam que os esquemas terapêuticos combinam 4 drogas de uso prolongado, que são potencialmente tóxicas, podendo os doentes passarem e expressarem dificuldades como desconforto digestivo, com náuseas, vômitos, diarreia, e também pode ocorrer outros efeitos como prurido, acne, dores articulares (artralgias), sensação de queimação nas extremidades (neuropatias periféricas), e o desequilíbrio em funções vitais como o sono e o repouso que abalam a rotina e a qualidade de vida fazendo com que os portadores de TB em tratamento rejeitem a medicação e pensem em desistir do mesmo.

Paz; Sá (2009) enfatizam que a severidade dos efeitos adversos é conhecida pelos profissionais de saúde, bem como as medidas para sua correção, porém, nem sempre parece que os profissionais valorizam queixas expostas pelo usuário, como se essas fossem inevitáveis, e o que lhes cabe é esperar naturalmente a cessação de tais efeitos, encorajando-os a superar as dificuldades transitórias consequentes ao tratamento, pois o objetivo é a cura. No entanto, tais dificuldades deixam marcas permanentes na vida dos doentes, o que demonstra que para muitos profissionais que atendem o sujeito com TB a preocupação principal é o problema de saúde e não a pessoa que apresenta um problema de saúde.

Sobre esta questão, Sá et al. (2007) ressaltam a importância de ações educativas em saúde, nas quais os doentes de tuberculose, no ato da primeira consulta, deveriam ser

informados sobre a possibilidade do aparecimento de efeitos colaterais, pois estes podem implicar em alterações ou interrupções no tratamento, bem como demandam atendimento especializado em Unidades de Referência (UR) para o tratamento da tuberculose.

Por acarretar sérias implicações orgânicas que vão desde leve desconforto gastrointestinal à hepatotoxicidade grave, obrigando muitas vezes a pessoa interromper o tratamento ou fazer alterações, configurando-se como mais um preditor para a descontinuidade, e levando-se em conta que os efeitos colaterais que são em alguns casos piores do que até mesmo os sintomas da doença, os doentes, que já sofrem com todo o contexto que é comum aos portadores de tuberculose, deparam-se com uma doença e um tratamento que lhes trazem ainda mais limitações e desconfortos, e nesse aspecto fazer o tratamento para a tuberculose significa vencer mais um obstáculo, na luta pela sobrevivência, pois, além de lutar contra uma doença que é estigmatizante, mortal, a pessoa ainda precisa se submeter a este processo que não favorece o enfrentamento da doença, pelo contrário, se coloca a ser superado, vencido (ROCHA; ADORNO, 2012; SOUZA; SILVA, 2010).

Quadro 7- Ideias Centrais (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “De onde você recebe maior apoio para enfrentamento destas dificuldades?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Da família	<p><i>Meu maior incentivo vem dos familiares [...] eu recebo mais apoio da minha família, elas diz: já tomou a medicação? Vai se alimentar pra tu ficar boa! [...] o maior apoio é o da família, minha filha me leva no posto pra adquirir os medicamento, porque mesmo com os problema dela ela ficava me esperando [...] da família , é quem da mais força e quem menos discrimina! [...] minha família me ajuda no incentivo, me aconselhando [...] recebo maior apoio da família , quando eu digo que não vou tomar o remédio mais não, eles ficam doidim, minha mulher diz esse tratamento você vai até o fim se Deus quiser [...] minha família é quem dava o apoio, me dava o remédio na hora certa, me acordava pra comer [...] encontro mais apoio na minha família, meus dois filhos! Quando preciso de qualquer coisa eles tão aí resolvendo.</i></p>

Fonte: Própria pesquisa/2012.

Com relação a quem fornece maior apoio para o enfrentamento das dificuldades do tratamento para TB, vivenciadas pelos portadores desta doença, ficou claro a importância do apoio da familiar como se observa no quadro acima. Pois este se consolida como porto

seguro para o portador de TB, pois este se percebe envolto em uma gama de problemas como o preconceito, as reações ao tratamento, as mudanças em seus hábitos de vida, a improdutividade e a dependência, assim tudo isso fica praticamente impossível de se suportar sem um apoio sólido, no qual se possa recorrer quando pensar que não suportará mais e é neste ponto que o apoio familiar demonstra o seu valor.

Nogueira et al. (2011) referem que a família não representa apenas o elo afetivo mais forte das pessoas; é também o próprio alicerce da sua identidade social, da sua sobrevivência material e espiritual, por meio do qual se constrói seu modo de vida.

Segundo Clementino et al. (2011) quando a pessoa com tuberculose manifesta desejo de interromper o tratamento, esse pode não se concretizar em virtude do estímulo dos familiares. Estes autores definem a família como uma pequena sociedade humana cujos membros têm contato direto expresso por sentimentos e percepções através da maneira como cada um descreve sua história e suas atitudes. Assim, quando se faz presente o sofrimento na família, a resposta a esse acontecimento vai depender das realidades vivenciadas por cada componente do grupo.

Lima et al. (2001) observaram através de seu estudo que diante da doença ocorreu apoio afetivo dos familiares. Confirmam tais resultados Rocha; Adorno (2012) ao afirmarem que nos sujeitos com TB entrevistados em pesquisa realizada por eles foi frequente o relato do apoio familiar. Vê-se desse modo que a família, tem papel fundamental no sucesso do tratamento. Ora incentivando a continuá-lo, ora “fiscalizando”, em alguns casos, a tomada diária da medicação.

Souza (2010) aponta que o apoio recebido pelas pessoas com tuberculose está disponível na sua rede social, formada pelos familiares, principalmente mãe e esposa, e também os filhos e vizinhos e/ou amigos. Não há uma distinção muito clara entre vizinhos e amigos, pois, muitas vezes, os amigos são os vizinhos.

Para estes autores o momento do apoio ocorre quando a pessoa com tuberculose solicita, ou quando os familiares percebem que aquela pessoa precisa de ajuda, é como se ele estivesse ali disponível, bastando ser solicitado para receber. Nos momentos de crise e/ou exacerbação da doença, a rede se move novamente no sentido de dar apoio e ajudar a resolver o problema. O tipo de apoio está relacionado com a situação que a pessoa está vivendo: quando se sente só, quando precisa de ajuda para ir às consultas e/ou fazer exames, para pegar medicação, para incentivar na continuidade do tratamento, para tirar dúvidas quanto à doença e para aumentar a autoestima.

Nesse aspecto, Souza; Silva (2010) e Souza (2010) revelam que os familiares se preocupam não somente em dar seu apoio, mas também em viabilizar outros apoios, solicitando ajuda de outros familiares e ou amigos. Como por exemplo, concentram o apoio na alimentação, tentando garantir que os portadores de TB se alimentem melhor e ganhem peso rapidamente, e também na continuidade do tratamento medicamentoso, especialmente em decorrência dos efeitos colaterais.

Por outro lado, os familiares ao darem apoio percebem que isso nem sempre é algo fácil, exigindo dedicação e paciência. Ter de assumir mais uma função no dia-a-dia tem implicações, pois precisam aliar o apoio às demais atividades diárias. Percebe que o apoio oferecido é importante para a pessoa com tuberculose manter o tratamento e sentir-se cuidada, amada pelo outro, e, com esse intuito, abrem mão de suas necessidades ou sobrecarregam-se, mas procuram garantir o apoio, corroborando as falas supramencionadas (SOUZA; SILVA 2010; SOUZA, 2006).

Nogueira et al. (2012) expõem ser necessário reformas no setor saúde que retomem o foco da sua atenção para o núcleo e dinâmica familiar, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família, a fim de possibilitar um acesso mais igualitário e inclusivo aos vulneráveis à tuberculose.

Quadro 8- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Houve desejo de sua parte em interromper o tratamento? Por quê?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Não, porque quero voltar a trabalhar	<i>Não eu não posso parar, porque o interesse maior é meu, tenho que ficar bem pra trabalhar, faço qualquer sacrifício [...] não, não tive nenhum interesse em interromper o tratamento, porque o interesse maior é meu, tenho o trabalho me esperando.</i>

Fonte: Própria pesquisa/2012.

Este oitavo quadro revela a ideia central do desejo de reinserção no mercado de trabalho como determinante para a continuidade no tratamento, expondo-se assim a importância que o portador de tuberculose atribui ao trabalho por sentir-se útil, proativo em seu ambiente social para a retomada de sua identidade social que por ocasião da doença lhe foi ceifada.

Este dado é pouco explorado pela literatura que opta por abordar mais recorrentemente outros fatores para descontinuidade e abandono do tratamento como a desinformação sobre a enfermidade, o alcoolismo, as reações adversas às drogas e a melhora clínica (OLIVEIRA; ANTUNES, 2012).

Porém na busca por estudos sobre esta temática, foi evidenciada a pesquisa de Queiroz et al. (2012) que revelou como um dos fatores para a adesão e para que haja a continuidade do tratamento da tuberculose na visão de portadores de TB, a consecução da cura, que possibilita retorno às atividades antes realizadas, principalmente o trabalho.

Sobre o papel do trabalho e emprego para a sociedade humana e seus componentes Dejours; Dessors; Desriaux (1993) discorrem que a atividade profissional não só é um modo de ganhar a vida, mas sim uma forma de inserção social onde os aspectos psicofísicos estão fortemente imbricados, e ainda é responsável por situar o indivíduo no mundo e no seu grupo de pertença.

De acordo com Santos (2010) o portador de TB experimenta o medo da exclusão de não poder trabalhar, se tornar improdutivo afetando não só a renda familiar, como também reforçando a representação de “ser doente”, incidindo sobre sua fonte de sustento e representação de sua independência.

O mesmo autor explicita que a TB atrapalha a vida do indivíduo, ao enfraquecê-lo, privando-o de atividades e práticas outrora usuais e rotineiras, impelindo-o a buscar situar-se tanto em relação a um mundo saturado de terríveis fantasias acerca de sua condição, quanto em relação aos processos físicos e mentais instaurados pela doença. Esta maneira própria de sentir esta enfermidade, de perceber-se enquanto doente e de reorganizar a vida a partir do advento da tuberculose encontra respaldo na condução adequada do tratamento a fim de restaurar tais atividades.

Queiroz et al. (2012) pontuam que a percepção de que a condição de incapacidade teve fim, traz de volta a dignidade perdida em uma sociedade que valoriza o homem que se encontra inserido no processo de produção, não importando se está em situação de exploração, como ocorre na maioria dos casos.

Os supracitados autores em seu estudo sobre as potencialidades e limites da estratégia do tratamento supervisionado (DOTS) para a tuberculose, na percepção de usuários demonstraram que o conteúdo das falas dos entrevistados converge para o exposto aqui nesta pesquisa, ao explicitarem que embora fosse difícil lidar com os sintomas da TB e reações dos medicamentos, no início, não pensaram em abandonar o tratamento por saberem que completá-lo é o que poderia garantir a cura, e assim, retornar as suas atividades cotidianas

dentre elas o trabalho para aumentar a renda familiar já prejudicada pelo afastamento ou demissão de seus relativos empregos.

Diante desta realidade, Rocha; Adorno (2012) demonstram que na verdade o tratamento é um desafio, a mais que se junta ao da TB, trata-se de mais uma forma de lutar para sobreviver, como tudo na vida destas pessoas, que sofrem com a exclusão no mercado formal de trabalho, com suas condições de moradia, e, entre várias dificuldades que enfrentam para poder sobreviver, de fato este tratamento é mais uma.

Quadro 9- Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Como você avalia o atendimento e o acompanhamento do profissional enfermeiro da USF para a eficácia do tratamento da tuberculose?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Correto	<i>O atendimento é rápido, ela me dá o remédio, eu tomo os comprimidos e depois não tem mais nada pra fazer, o atendimento dela tá correto, ela sempre me atendeu direito, quando chego lá ela pega logo os comprimidos e depois eu to liberado! Assino os papeis e pronto! [...] dizê o que é a enfermeira me atende legal, me atende direito, me entrega os comprimido certo tudo, isso é o mais importante!</i>

Fonte: Própria pesquisa/2012.

O Quadro 9 retrata através do DSC que os sujeitos portadores de TB avaliam o atendimento e o acompanhamento do profissional enfermeiro da USF do qual é usuário como correto na medida em que colabora para a eficácia do seu tratamento, através da entrega dos medicamentos para a tuberculose.

Esta visão de que o cuidado a saúde se restringe a entrega de medicamentos é típico da influência do modelo biomédico o qual impera nos serviços de saúde levando o próprio cliente destes serviços a incorporar este pensamento mecanicista e reproduzi-lo, validando-o como o tratamento eficaz, ou seja, o que é mais adequado para livrar-lhe rapidamente do martírio que é a tuberculose. O que representa uma dicotomia entre o que é preconizado para a assistência destes na Estratégia Saúde da Família.

Nesta ótica, a explicação para tal postura de medicalização do enfermeiro pode ser compreendida pelo cotidiano assistencial que impõe a dinâmica mecanizada e muitas vezes

irrefletida, que não favorece a troca de subjetividade entre quem cuida e quem recebe ou precisa de cuidado. Nos turnos de trabalho ambulatoriais, dentre eles a ESF há pouco tempo para que se responda às demandas individuais, porque são muitas as atividades que devem ser executadas pelos profissionais, o que os afasta do atendimento singular a cada doente e reforça a primazia da normatização técnica (PAZ; SÁ, 2009).

Nota-se que a preocupação com o restabelecimento da saúde é comum para doentes e profissionais, mas o sentido dessa preocupação tem caráter distinto para ambos. Para o doente, o tratamento é o horizonte de recuperação de um cotidiano alterado e, para alcançá-lo, segue as recomendações até o limite do possível, e entendendo como única coisa a esperar deste serviço a entrega dos medicamentos, não vendo como necessária a exploração de suas demandas psicossociais, pois estes também acabam internalizando o discurso biomédico para o seu tratamento (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012; HINO et al., 2012; PAZ; SÁ, 2009).

Apesar destes achados, divergir do encontrado por Brunello et al. (2009) ao pesquisar o vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose, os quais demonstraram que mais de 60% dos doentes de cada Unidade pesquisada referiram conversar sobre outros assuntos além da tuberculose com os profissionais da saúde, as falas do Quadro 9 convergem para o que foi detectado em vários estudos, a exemplo, o realizado por Sá et al. (2010) onde também foi observada restrição da comunicação aos aspectos biomédicos da TB nos ambulatórios, contribuindo significativamente para uma relação impessoal, sem diálogos, escutas, responsabilização, subjetividades, dificultando o estabelecimento do vínculo, e por conseguinte a adesão ao tratamento.

Estes autores entendem a relação de vínculo como uma relação pautada na compreensão, consistindo em dar apoio e oferecer escuta, narrar fatos e provocar a narração por parte do outro, contribuindo, fortemente, para a continuidade da atenção à TB, ao enfatizar que todos os fatores que obstaculizam a continuidade terapêutica, sejam de ordem biológica, psicológica ou social que, por ventura, se apresentam no longo trajeto do tratamento, serão mais facilmente expostos pelo doente quando socialmente aceitos e escutados pela equipe.

Nesta perspectiva, Caliari; Figueiredo (2012) pautam que o enfermeiro vem ampliando cada vez seu espaço no Programa de Controle da TB nos municípios brasileiros e seu espaço na gestão da saúde em razão do bom desempenho no papel de supervisor, gestor, coordenador, desenvolvendo e planejando ações que visam ao cuidado com o usuário e o alcance das metas de programas estabelecidos.

Porém, estes autores indicam que ações de controle da TB estão além da supervisão de ingestão medicamentosa ou do tratamento supervisionado, atribuindo-se ao vínculo estabelecido entre o doente e a equipe de saúde um importante ponto para adesão ao tratamento, já que o sujeito é colocado como protagonista no processo assistencial, com considerável autonomia nos processos decisórios, e para isso as atitudes dos profissionais, mesmo quando enfatizam a importância do tratamento para a cura, poderiam favorecer o acolhimento da pessoa em sua singularidade e não somente a preocupação com o seguimento, e o controle do tratamento.

Trigueiro et al. (2009) apontam para a necessidade de ações educativas como caminho para a prevenção e controle da TB e para que o tratamento atinja com sucesso a completude do indivíduo, pois ao adotar a perspectiva dialógica de Educação em Saúde, contempla-se o princípio da integralidade, considerando os participantes como possuidor de saberes que contribuirão na reformulação de políticas públicas eficazes e voltadas para as reais necessidades da população atingida pela tuberculose.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontaram para uma tuberculose que é muitas vezes negligenciada pelos responsáveis por elaborar as políticas públicas em nosso país, uma doença que como demonstram os dados sociodemográficos, aponta para uma relação de proporcionalidade com a baixa condição socioeconômica e a baixa escolaridade, ratificando-os como fatores que propiciam a ocorrência da tuberculose. Com base nesses achados enfocase a necessidade da compreensão destes aspectos da doença pelos diversos atores envolvidos na sua prevenção e controle, pois é fundamental que sejam pensadas e desenvolvidas ações com a finalidade de corrigir o desnível socioeconômico da população, dentre elas investimentos em educação em seus diversos níveis.

Ao se adentrar no âmbito psicossocial da tuberculose, depara-se com a conclusão de que falar sobre tuberculose ainda hoje, remete a algo envolto a mitos e preconceitos, e os indivíduos portadores de TB a percebem como algo que modifica sua vida em todos os sentidos. Através do estudo pode-se constatar que é necessário compreender os danos psicossociais que ocorrem com o portador da doença, pois foi percebido que muito do que se atribui a tuberculose pelos responsáveis pelo seu combate está ligado apenas a condutas higienistas e biomédicas. É preciso entender que a tuberculose não é apenas uma doença que abate o corpo fisicamente, mas é tempo de abrir caminho para discussões que coloquem o dano social que esta doença acarreta.

Estas recomendações são validadas pelos discursos dos participantes apresentados neste estudo, onde por diversos momentos explicitaram o autopreconceito, o preconceito auto-isolamento, e o desemprego. Além da sensação de inutilidade perante o outro e ao meio no qual vivem estes indivíduos, encontrando dificuldades para inserção no meio social, pois são portadores de uma doença que lhes afeta o corpo e a alma, os debilita fisicamente promovendo o desgaste e falta de oportunidades para trabalhar, privando-os do convívio social.

Constatou-se também, através dos resultados deste estudo, que o enfoque biomédico da TB e sua simples medicalização, prevalecem como formas de cuidado a estes pacientes, realizados pelos profissionais que estão à frente do tratamento da tuberculose na Estratégia de Saúde da Família do município. E neste aspecto cabe um alerta para que sejam trabalhadas formas de atender as necessidades dos clientes com TB, associando o tratamento

diretamente observado, a formas que legitimem também o saber do usuário, trazendo-o para junto do tratamento e diminuindo os riscos do abandono do mesmo.

Deste modo, a tuberculose ao causar consequências muito além dos danos físicos, deixando o indivíduo psicologicamente vulnerável, carece que o profissional da equipe de saúde da família, em destaque o enfermeiro, atente para isto e procure trabalhar a escuta com compromisso e o envolvimento da família no cuidado, pois os resultados deste estudo corroboram que é na família que este sujeito encontra maior apoio e é nela que o mesmo deposita suas esperanças de aceitação e proteção.

Este estudo não limita a compreensão da TB enquanto enfermidade intrinsecamente ligada aos fatores sociais, opostamente ele incita novas investigações nesta abordagem para que o indivíduo, acometido pela TB, seja compreendido na sua totalidade, buscando-se assim novas estratégias que interliguem o campo social e da saúde, a fim de lidar com os fatores biopsicossociais envolvidos no cerne da tuberculose. Dessa forma, é preciso trabalhar a aliança da saúde com outros setores, que implementam políticas públicas sociais, nas ações de controle da TB.

REFERÊNCIAS

ANJOS, A.. **Eu e Outras Poesias**. 42. ed. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1998.

BATAEIRO, M.O. **Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2009. Disponível em:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11012010-143100/pt_br.php >. Acesso em: 12 out. 2011.

BELO, M.T.C.T.; LUIZ, R. R.; CHRISTY, H.; SELIG, L.; TEIXEIRA, E.G.; CHALFOU, T.; TRAJMAN, A.. Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**.v.36, n.5, p.621-625. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n5/v36n5a15.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2011.

BELUCI, D.G.P. **Programa saúde da família II: Manual prático para o dia a dia das Equipes de Saúde da Família**. 2. ed. São Paulo: Lawbook, 2009.

BERTAZONE, E. C.; GIR, E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, jan. 2000. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000100016&script=sci_arttext >. Acesso em: 12 out. 2011.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BOWKALOWSKI, C.; BERTOLOZZI, M. R. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 92-9, jan-mar. 2010. Disponível em:<ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../11313>. Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Série pactos pela saúde. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Situação da tuberculose no Brasil em 2009**. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. DEVEP/SVS/MS. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_tb_2009.pdf>. Acesso em: 05 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2010a. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527> Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose DEVEP/SUS/MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes na atenção básica**. OMS, 2010b. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527 >. Acesso em: 12 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996**. Trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 12 out. 2011.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.p.21-30.

BRUNELLO; M.E.F.; CERQUEIRA, D.F. ; PINTO, I. C.; ARCÊNIO, R. A.; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M. . Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.2 p.176-82. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010321002009000200010&lng=en&nr m=iso&tlng=pt >. Acesso em: 20 out. 2012.

CALIARI; J. S., FIGUEIREDO; R. M. D. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros, **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n.1 , p.43-47. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100008&script=sci_arttext >. Acesso em: 20 out. 2012.

CAMPOS, C. E.A; FONSECA, A. C. F.; PESSINI, M. L. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar?**Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2 p. 188-194. 2012.

CAMPOS, R.; PIANTA, C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunológica, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999. Rio Grande do Sul Brasil. **Boletim da Saúde**, v. 15, n. 1. 2001. Disponível em:<http://www.esp.rs.gov.br/img2/v15n1_06tuberculose.pdf>. Acesso em: 12 out. 2011.

CERQUEIRA, D.F. **O vínculo no processo de atenção à tuberculose no município de Ribeirão Preto –SP (2006-2007)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 2008. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07072008-113607/pt-br.php>>. Acesso em: 12 out. 2011.

CLEMENTINO, F.S. **Tuberculose: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador**. 2009. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009. Disponível em:<www.pgenf.ufrn.br/arquivos/.../francisco_de_sales_clementino_3.pdf>. Acesso em: 12 out. 2011.

CLEMENTINO; F.S.; MARTINIANO M.S.; CLEMENTINO,M.J.S.M.; SOUSA, J.C.; MARCOLINO, E.C. ;MIRANDA; F.A.N. tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Revista de Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro,v. 19, n.4, p.638-43. out-dez. 2011.

COSTA, V.; SENNA, A. L.L. G.; OLIVEIRA, D. ; SIQUEIRA, R. C.A. G.; FIGUEIREDO, S. P. . Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do rio de janeiro, Brasil, 2009–2010. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.195-202.2012. Disponível em:< http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_195-202.pdf >. Acesso em: 20 out. 2012.

COSTEIRA, J. Tuberculose: pobreza e subdesenvolvimento. In: **III Congresso Virtual HIV/AIDS: O HIV no Mundo Lusófono**, 2002. Disponível em:< <http://www.aidscongress.net/3congresso@9.aspx>>. Acesso em: 12 out.2011

DEJOURS, C.; DESSORS, D. ; DESRIAUX, F..Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n.3, p.98-104. maio-jun.1993.

FARIA, H.P.; COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2010.

FASCA, S. F. **Tuberculose e Condições de Vida**: uma análise do estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2000 a 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?...>. Acesso em: 12 out. 2011.

FÁVERO; J. L. **O acesso do usuário ao diagnóstico da tuberculose no município de Vitória/ES**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória 2011. Disponível em:< http://www.ufes.br/ppgasc/dissertacoes/2011_juliana%20lopes%20favelo.pdf >. Acesso em: 20 out. 2012.

FERREIRA, A.G.N; GUBERT F.A; MARTINS , A.K.L; GALVÃO, M.T.G; VIEIRA N.F.C; PINHEIRO, P.N.C..Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.32, n.4, p. 744-50.dez. 2011 Disponível em :< www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000400015...sci...>Acesso em: 10 out.2012.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FILHA, M.M. T.; DAUMAS, R.P.; ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; ENGSTROM, E. M.. Análise da tuberculose em uma unidade de atenção primária à saúde na cidade do rio de janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros, **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20 , n, 2, p.169-7. 2012.

FILHO, J.P. A. F.; MATTIA, A. L.; SANTOS, L.O.; PIVA, L. T.; SILVA, P. S.. Análise do tratamento diretamente observado para tuberculose, no município de cubatão, são paulo, brasil. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v,1, n.2, p.190-200, abril-jun. 2011. Disponível em:< <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/66> >. Acesso em: 20 out. 2012.

FOCACCIA, R.; VERONESI, R. **Tratado de infectologia**. 2.v. São Paulo: Atheneu, 2009.

GARCIA, M.C.C.; CIRINO, I.D.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P.; DANTAS, D. N.A.; SILVA, M.P.M.. Ações de Diagnóstico e Controle da Tuberculose no Contexto da Atenção Primária à Saúde: avaliação do componente elenco de serviços. In: **anais do 16º SEMPE 2011**. Campo Grande, 2011. Disponível em: <www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0408.pdf> Acesso em: 12 out. 2011.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

GRASEFF, V. S. **Evolução da incidência, prevalência da tuberculose no estado de São Paulo**. 2007. 41f. Monografia (Especialização em Saúde Pública com ênfase em PSF) - Centro universitário São Camilo, São Paulo, 2007.

HASS, F.; HASS, S.S. The origins of mycobacterium tuberculosis and the notion of its contagiousness. In: RON, W.N. GARAY, S.M. **Tuberculosis**. New York: Little, Brown and Co, cap.1. p.3-20, 1995.

HIJAR, M. A. GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G.M; PROCÓPIO, M.J.. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, suplemento.1, p.50-57, set. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034..>. Acesso: 15 nov. 2011.

HINO, P.; TAKAHASHI, R.F.; BERTOLOZZI, M.R.; VILLA, T.C.S; EGRY, M.Y. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n.1, jan-fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_07.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

IBGE. **Censo demográfico do Brasil**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>> Acesso em: 11 out. 2011.

KRITSKI, A. L.; VILLA, T. S.; TRAJMAN, A.; SILVA, J. R. L.; MEDRONHO, R. A.; RUFFINO-NETTO, A.. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 9-14, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6544.pdf>. Acesso: 18 nov. 2011

LACERDA, S. N. B. **Prevalência da tuberculose no município de Cajazeiras-PB, 2001-2009**. Disponível em: <www.sbpcnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/5271.htm>. Acesso: 14 set. 2011

LAFAIETE, R.S.; SILVA, C.B.; OLIVEIRA, M.G.; MOTTA, M.C.S.; VILLA, T.C.S.. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí /RJ, **Esc Anna Nery (Impr.)**, v. 15, n.1, p.47-53. jan-mar 2011.

LAVOR, A; MENEZES, K.T. Não existe mau paciente só serviço ineficiente. In: LAVOR, A. Tuberculose: Ainda uma doença negligenciada. FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz, **Revista RADIS comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 69, p. 18-23, mai. 2008. Disponível

em:<www.ensp.fiocruz.br/radis/...radis/69/.../ainda-uma-doenca-negligenc...>. Acesso em: 12 out. 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

_____, A. M. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul : Educs, 2005.

LEMOS, A. C. M.; MATOS, E.D.; BITTENCOURT, C.N.. Prevalência de TB ativa e TB latente em internos de um hospital penal na Bahia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** , v.35, n.1, p.63-68, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n1/v35n1a09.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2012.

LIMA, M. B.L; MELLO, D. A.; MORAIS ;. P.P. A; SILVA; W.C. Estudo de Casos sobre Abandono do Tratamento da Tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Caderno Saúde Pública**, Rio De Janeiro, v.17, n.4,p.877-885, jul-ago. 2001.Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5293.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2012.

LOPES, A. O. **Tuberculose um problema de saúde pública: Causas do abandono do tratamento**. 2010. 63.f.Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010.

LOPES, N.M.; MORAES, T.P.; LAFAIETE, R. S.; MOTA, M. C. S.; VILLA, T. C. S.. Características sócioeconômicas dos usuários do programa de controle da tuberculose do município do Rio de Janeiro. **Revista de Pesquisa : Cuidado é Fundamental Online**, n.2, out-dez. p. 209-212. 2010. Disponível em:< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/868> >. Acesso em: 20 out. 2012.

MACIEL, M. S., MENDES, P. D. , GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA,. R.. A História da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da Miséria. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.10, n.3, p.226-30. maio-jun. 2012.

MAIA, A. R. **Enfermagem em Santa Catarina em tempos de tuberculose: padrões de conhecimento de cuidado de uma época (1943-1960)**. 2009. 208f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC: 2009. Disponível em:< en.scientificcommons.org/56040477 - Estados Unidos>Acesso em: 12 out. 2011.

MAIA, M.A.C.; MOURA, J.P.; SANTOS, J. S., TORRES, A.; GONÇALVES, L.P.. Um estudo sobre o controle da tuberculose nas unidades de Saúde da Família do município de Passos (MG). **Ciência et Praxis** , v. 3, n. 6, 2010. Disponível em:< <http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/viewArticle/228> >. Acesso em: 20 out. 2012.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MAZZEI, A. M. A.; MONROE, A. A.; SASSAKI, C M; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T.C. S. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.11, n.2, p.41-46. 2003. Disponível em:< <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v11n2/v11n2a06.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2012.

MENDES; A. M.; FENSTERSEIFER, L.M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.12, n.1 p.25-36. 2004. Disponível em:< http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103460X2004000100005&lng=p >. Acesso em: 20 out. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa em qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 2007.

NASCIMENTO, D. R. **As pestes do século XX: TB e AIDS, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NOGUEIRA, J. A.; TRIGUEIRO, D. R.S. G.; SÁ, L.D. SILVA, C.A; OLIVEIRA, L.C.S.; VILLA, T.C.S. ; SCATENA, L.M.. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose, **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n.2, p.207-16. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/03.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2012.

OBLITAS, M.Y.; LONCHARICH, N.; SALAZAR, M. E. ; DAVID, H.M. L.; SILVA, I.; VELÁSQUEZ, D.. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.1, jan-fev. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000100020&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 20 nov. 2011

OLIVEIRA, E.F.; ANTUNES, M. B.C.. Abandono anunciado ao tratamento da tuberculose em uma unidade de Saúde da família do Recife - a perspectiva do usuário, **Revista APS**, v.15, n.1, p.4-13. Jan-mar. 2012; Disponível em:< <http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/1439>>. Acesso em: 20 out. 2012.

OLIVEIRA, S.A.C.; RUFFINO NETTO, A.;VILLA, T.C.S.; VENDRAMINI, S. H. F.; ANDRADE, R. L. P.; SCATENA, L.M.. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v, 17, n.3, maio - jun. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_13.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

OLIVEIRA; R.A.; LEFÈVRE; F. Representações sociais sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose e suas relações com a adesão ao tratamento. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 83-88, mar. 2012. Disponível em:< <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/435> >. Acesso em: 20 out. 2012.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: Abordagem Teórico - Prático**. 12 ed. São Paulo: Papirus, 2006.

PALHA, P.F.; SILVA, L.M.C.; WYSOCKI, A.D.; ANDRADE, R.L.P.; PROTTI, S.T.; SCATENA, L. M.; VILLA, T.C.S.. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.2, p.342-8. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a11v46n2.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2012.

PAZ, E. P. A.; SÁ, A.M.M. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose em unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.2, mar-abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_07.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

PEQUENO, G. A. **Descentralização da atenção aos casos de tuberculose no município de João Pessoa**. João Pessoa, 2011. 94 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. Disponível em: <http://www.de.ufpb.br/~mds/DissertacoesAprovadas/Dissertacao_Gutenberg_Alves_Pequeno-PPGMDS-UFPB-2011.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

POCINHO, M.; FIGUEIREDO, J. P. **Estatística e bioestatística**. 2008. Disponível em: <<http://biocistron.blogspot.com/search/label/Bioestat%C3%ADstica>>. Acesso em: 19 out. 2011.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 43-49, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2011.

QUEIROZ, R.; NOGUEIRA, P.A. diferenças na adesão ao tratamento da Tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p.627-637. 2010. Disponível em: <<http://200.144.190.38/handle/2012.1/12639>>. Acesso em: 20 out. 2012.

QUEIROZ; E. MM. C. GUANILO; FERREIRA, K. R.; BERTOLOZZI; M. R.. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.2, mar.-abr. 2012. Disponível em: <www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/pt_21_0.pdf> Acesso em 10.out.2012

ROCHA, D.S.; ADORNO, R.C.F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre, **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.21, n.1, p.232-245.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/22.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

RODRIGUES, I.L.A. **Representações sociais de clientes sobre a tuberculose: desvendar para melhor cuidar**. 2003. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <www1.capes.gov.br/estudos/.../2003_020_31001017060P0_Teses.pd...>. Acesso em: 12 out. 2011.

_____; SOUZA, I. M. J.. Representações sociais de clientes sobre a tuberculose: desvendar para melhor cuidar, **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 80-87, abr. 2005. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127720494010.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

ROUQUAYROL, M.Z.; VERAS, F.M.F; FAÇANHA, M.C. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 215-270.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.35, n.1, p. 51-58, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003786822002000100010&script=sci_arttext >. Acesso em: 12 out. 2011.

_____. Carga da tuberculose: reflexões sobre o tema. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.l.:s.n.], 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jbpneu/v30n4/v30n4a02.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2012.

SÁ, A. M. M. **O sentido do tratamento para tuberculose no cotidiano de doentes e de profissionais de saúde**. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:< http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=170750>. Acesso em: 20 out. 2012.

SÁ; L.D.; OLIVEIRA; A.A.V.; SOUZA, K.M.J.S; PALHA , P.F.; , NOGUEIRA, J.A.; VILLA ; T.C.S.. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose, **Revista de Enfermagem da UFPE OnLine**, Jul/Set, v.4, n.3, p.15.2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 out. 2011.

SÁ, L.D; SOUZA ; K.M.J; NUNES, M.G.; PALHA, P.F; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S.. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis,v.16, n.4, p.712-8, out-dez. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2011.

SANTOS FILHO, E.T. Tempos de mudanças para o controle da tuberculose no Brasil. In: Public Health Watch. **Política de TB no Brasil: Uma perspectiva da sociedade civil**. Rio de Janeiro: Open Society Institute, 2006. 85 p.

SANTOS, E. L. **Eficácia da estratégia do tratamento diretamente observado da tuberculose nas unidades de saúde da família de um município do alto sertão paraibano**. Trabalho de conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)-Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, 2010.

SANTOS, R. Tuberculose- Brasil registra queda de 24,4% em sete anos. **Jornal A União, Governo do Estado da Paraíba**, março de 2009. Disponível em: <www.auniao.pb.gov.br>. Acesso em: 01 set. 2011.

SANTOS, T. M. M. G; NOGUEIRA, L. T., SANTOS, L. N. M.; COSTA, C. M. Caracterização dos casos de tuberculose notificados em um município prioritário do Brasil. **Revista de Enfermagem UFPI**, Teresina, v.1, n.1 , p.8-13. jan-abr. 2012. Disponível em: < <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/703>>.Acesso em : 10 out.2012.

SANTOS, W.S.. **Representações sociais da tuberculose pulmonar**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié. 138 f. Disponível em: <www.uesb.br/.../Dissertação%20Washington%20da%20S.%20Santos...>.Acesso em : 10 out.2012

SASSAKI, C.M.; SCATENA, L.M.; GONZALES, R.I.C.; RUFFINO-NETTO, A.; HINO, P.; VILLA, T.C.S.. Fatores preditivos ao resultado favorável de tratamento da tuberculose pulmonar (Recife-Pernambuco, Brasil, 2001-2004). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p. 504-10. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/37.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

SCATENA, L. M.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.; KRITSKI, A.L.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VENDRAMINI, S.H.F.; ASSIS, M.M.A.; MOTTA, M. C. S.. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 389-397, maio. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/248.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

SILVA, A. C. A. **Dores do corpo e dores da alma: o estigma da tuberculose entre homens e mulheres acometidos**. 2009. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 2009. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000447113&opt=4>>. Acesso em: 10 out. 2011.

SILVA, C.B.; LAFAIETE, R.S; DONATO, M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 7, n.1, p.10-7, jan-abr. 2011. Disponível em <www2.eerp.usp.br/resmad/verArtigo_port.php?idioma...>. Acesso em: 10 out.2012

SILVA, F. M. **Um estudo econômico da tuberculose no Brasil**. 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado em Economia do Desenvolvimento)-Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da PUC-RS, Porto Alegre, 2011. Disponível em:<tede.pucrs.br/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=2676>. Acesso em: 12 out. 2011.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. Infecções respiratórias. In:_____. B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**.10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 23. p. 563-569.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura municipal de Cajazeiras. **Boletim de acompanhamento de hanseníase e tuberculose em zona urbana**. Coordenação de Hanseníase e Tuberculose, Cajazeiras - PB, 2011.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 2002. 108 p.

SOUZA, M. S. P. L.. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p.997-1005, 2009. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/11.pdf>. Acesso em: 12 out. 2011.

SOUZA, R. M. **Representações sociais da tuberculose: Um estudo sócio-antropológico**. 2008. 150f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

SOUZA, S. S. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina- Centro de Ciências da Saúde-

Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, 2010. 258 p. Disponível em:<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=185719>. Acesso em: 12 out. 2012.

SOUZA, S. S.. **Representações sobre o viver com tuberculose**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina- Centro de Ciências da Saúde- Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, 2006.91p. Disponível em:<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=46202>. Acesso em: 12 out. 2012.

_____; SILVA, D.M.G.V. Passando pela Experiência do Tratamento para Tuberculose. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n.4, p. 636-43, out-dez. 2010. Disponível em:<redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71416100005.pdf>. Acesso em: 12 out. 2011.

_____. Grupos de convivência: contribuições para uma proposta educativa em tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília; v.60, n.5, :p.590-5. set-out. 2007. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=19624&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 out. 2012.

_____; MEIRELLES, B.H.S. Representações sociais sobre a tuberculose, **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.1, p.23-8.2010. Disponível em:< www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100004...sci...>. Acesso em: 12 out. 2011.

SPINK, M. J. (Org). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

TEIXEIRA, G. M. Reflexo sobre a luta contra a tuberculose. **Revista Brasileira de Pneumologia Sanitária**. v.16, n. 2, p.123-128, ago-dez. 2008.

TRIGUEIRO, D. R. S. G. **Determinantes individuais: fatores predisponentes à utilização dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da tuberculose**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. Disponível em:<http://www.eerp.usp.br/geotb/Doc/Dissertacao_Debora_05_10_11_Paraiba.pdf>. Acesso em: 12 out. 2012.

TRIGUEIRO, J.S; SILVA, A. C.O; GÓIS, G. A.S; ALMEIDA, S.A.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L. D. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Ciência, Cuidado e Saude**, v.8, n.4, p.660-666, out-dez. 2009. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9697>>. Acesso em: 12 out. 2012.

WYSOCKI, A.D.. **Tuberculose**: tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura pelos serviços de saúde em São José do Rio Preto-SP (2009). 2011.103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global plan to stop TB 2011-2015**: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. WHO.STOP-TB. Geneva: WHO, 2010.

Disponível em: <www.stoptb.org/.../global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015...>. Acesso em: 12 out. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA:

Data: __/__/__.

Sexo: M () F ()

Idade: _____

Renda familiar:

() < 1 salário () 1 a 3 salários () mais de 3 salários

Profissão/ocupação: _____

Escolaridade:

() Nenhuma () Fundamental completo () Fundamental incompleto

() Médio completo () Médio incompleto () Superior completo

() Superior incompleto

Estado civil: _____

Você tem filhos?

() sim. quantos? _____

() não

Mora sozinho?

() sim. () não. com quantas pessoas? _____

Você possui alguma religião? () sim. qual? _____ () não

Mês e fase do tratamento para tuberculose: _____

DADOS REFERENTES AOS OBJETIVOS DA TEMÁTICA EM ESTUDO

1. O que lhe foi dito sobre a doença na ocasião do diagnóstico?

2. Como você reagiu após o diagnóstico da doença?

3. Como as pessoas reagiram?

4. Como se sentia antes de adoecer com relação a sua família e seus amigos? Mudou alguma coisa? Explique.

5. Como você se sentia no trabalho e /ou escola antes de adoecer? Mudou alguma coisa? Explique.

6. Quais as dificuldades que você encontra para realizar seu tratamento?

7. De onde você recebe maior apoio para enfrentamento destas dificuldades?

8. Houve desejo de sua parte em interromper o tratamento? Por quê?

9. Como você avalia o atendimento e o acompanhamento do profissional enfermeiro da USF para a eficácia do tratamento da tuberculose?

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**Universidade Federal de Campina Grande
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: “Consequências Sociais existentes em Portadores de Tuberculose Pulmonar usuários da Estratégia de Saúde da Família do Município de Cajazeiras”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu,....., residente e domiciliado na, portador da Cédula de identidade, RG, e inscrito no CPF/MF.....nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **“Consequências Sociais existentes em Portadores de Tuberculose Pulmonar usuários da Estratégia de Saúde da Família do Município de Cajazeiras”**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam verificar as consequências sociais da tuberculose pulmonar existentes nos portadores da doença.
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Estou ciente quanto aos riscos e benefícios do estudo. Riscos: este estudo apresenta risco de identificação do participante, nesse sentido na elaboração do estudo serão utilizados nomes fictícios, para preservar o anonimato do participante. Benefícios: este estudo contribuirá para a compreensão das consequências psicossociais para a vida do portador de tuberculose pulmonar que se trata na estratégia de saúde da família do município de Cajazeiras, onde, a partir dos resultados ocorrerão reflexões sobre este aspecto da doença, principalmente entre os profissionais de saúde e entre os que elaboram as políticas de controle da tuberculose no Brasil

VII) Observações Complementares.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas s/n, São José, Campina Grande-PB

Cajazeiras, _____ de _____ de 2012

() Paciente / () Responsável

.....

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____

Assinatura

Dactiloscópica

Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

COREN: 67246 - PB

Telefone para contato: (083) 93113927

Endereço: Rua Sérgio Moreira De Figueiredo, s/n- Casas Populares- Tel.: (83) 3532-2000 CEP:58900-000- Cajazeiras – PB

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

Rua.: Arsenio Rolim Araruna, s/ n, Cocodé.

Cep.: 58900 – 000, Tel.: 3531 – 4734.

DECLARAÇÃO

Eu, Pablo Leitão, Secretário de Saúde do município de Cajazeiras, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Rebatimentos Sociais existentes em Portadores de Tuberculose Pulmonar usuários da Estratégia de Saúde da Família do Município de Cajazeiras”, que será realizada nas Unidades de Saúde da Família, com abordagem qualitativa, do referido município, no período de Maio a Junho de 2012, tendo como pesquisadora Maria Mônica Paulino do Nascimento e colaborador Rubens Felix de Lima acadêmico de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

Cajazeiras, 9 de Abril de 2012

Pablo de Almeida Leitão
Secretário de Saúde
Mat. 13709

Dr. Pablo Leitão
Secretário Municipal de Saúde
Cajazeiras - PB

ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “Rebatimentos Sociais existentes em Portadores de Tuberculose Pulmonar usuários da Estratégia de Saúde da Família do Município de Cajazeiras” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras, 09 de abril de 2012.

Maria Mônica P. do Nascimento
Autor (a) da Pesquisa
Maria Mônica Paulino do Nascimento

Rubens Felix de Lima
Orientando (a)
Rubens Felix de Lima

**ANEXO D – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO DE PESQUISA A PLATAFORMA
BRASIL**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PROJETO DE PESQUISA

Título: CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS EXISTENTES EM PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR
Versão: 2
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS

Pesquisador: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO CAAE:
NASCIMENTO 02312112.5.0000.5182

Instituição:

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

Número do Comprovante: 009215/2012

Informamos que o projeto CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS EXISTENTES EM PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS que tem como pesquisador responsável MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO, foi recebido para análise ética no CEP Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande em 15/05/2012 às 20:21.

Endereço: Rua Drº Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-870
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (832)101-5545 Fax: (831)101-5525 E-mail: csp@huac.ufcg.edu.br