UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Dissertação

A contribuição do apoio social para a adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS

Dagoberta Alves Vieira

Pelotas, 2014

Dagoberta Alves Vieira

A contribuição do apoio social para a adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

V657c Vieira, Dagoberta Alves

A contribuição do apoio social para a adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS / Dagoberta Alves Vieira ; Roxana Isabel Cardozo-Gonzales, orientadora. — Pelotas, 2014.

85 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Tuberculose. 2. Adesão. 3. Apoio social. 4. Tratamento da tuberculose. I. Cardozo-Gonzales, Roxana Isabel, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Dagoberta Alves Vieira

A contribuição do apoio social para a adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em, Programa de Pós graduação em enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade federal de Pelotas.

Data da defesa: 11/12/2014

Banca examinadora:

_____

Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales
(Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

_____

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
(Titular)
Universidade de São Paulo (EERP/USP)

_____

Profª Drª. Vanda Maria da Rosa Jardim
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

_____

Profª Drª. Eda Schwartz
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

_____

Profª Drª. Ana Paula Müller de Andrade
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

A ***Deus*** pela minha vida, por todas as dificuldades, superações, pela paz e amor.

Aos meus pais ***Paulo e Cecília*** por todo amor dedicado a mim e a nossa família.

A ***Paula, Sérgio, Mariana e Duda*** por fazerem parte da minha vida.

A ***Luiz Felipe*** por todo bem que me faz.

A ***Sandra França***, pela amizade.

A ***Professora Roxana*** por todo empenho na minha formação profissional desde a iniciação científica até o presente momento.

Ao grupo de pesquisa ***GEATB-Fen/UFPEL*** por toda companhia, auxílio, incentivo.

Em especial a ***Jenifer Harter*** por toda contribuição na minha trajetória acadêmica e conclusão deste trabalho.

Aos ***profissionais de Saúde do Programa de Controle da Tuberculose***, por oportunizarem momentos de aprendizagem e colaboração.

As ***colegas*** de Pós Graduação, em especial a amiga ***Andressa Pinto***.

Aos ***professores do Programa de Pós Graduação*** pelos ensinamentos.

À ***FAPERGS*** pela bolsa de mestrado.

Aos ***membros da Banca*** pelas contribuições.

"Ame a todos. Sirva a todos."

Sathya Sai Baba

Resumo

VIEIRA, Dagoberta Alves. **A contribuição do apoio social para a adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS.**2014.85fls.Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O Apoio Social favorece a adesão ao tratamento da tuberculose uma vez que contribui para o estabelecimento de um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do doente ao esquema terapêutico. A adesão ao tratamento da tuberculose exige ações de apoio material, informacional e emocional aos doentes, que podem ser disponibilizadas pela família, profissionais de saúde, amigos, entre outros. O estudo objetivou analisar a relação entre o apoio social e a adesão ao tratamento da tuberculose em um município prioritário para o controle da tuberculose do Sul do Brasil. Constitui-se em um estudo quantitativo de corte transversal, vinculado ao projeto multicêntrico "Tuberculose: coordenação da assistência e estratégias para adesão ao tratamento em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil". A amostra foi composta por 108 doentes, em tratamento da tuberculose, no período de abril de 2013 a janeiro de 2014, no Programa de Controle da Tuberculose de Pelotas. A principal fonte de apoio social citada pelos entrevistados foi a família, enquanto que o tipo de apoio mais referido foi o emocional. Ainda 62,9% referiram não receber apoio do profissional de saúde. Quanto à adesão ao tratamento 101 (93,5%) apresentaram escore positivo na medida de adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose, destes a maioria recebe apoio da família, sendo o apoio emocional o mais prevalente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a fonte e o tipo de apoio com a adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose. Conclui-se que a família é a principal fonte de apoio para a pessoa durante o tratamento da tuberculose. O apoio material apresentou os menores percentuais e o informacional não foi relatado pelos entrevistados, contudo, a maioria das pessoas em tratamento apresentaram adesão medicamentosa.

Palavras chaves: Tuberculose; Adesão; Apoio Social; Tratamento da Tuberculose.

Abstract

VIEIRA, Dagoberta Alves. **Social support contribution for the adherence to tuberculosis treatment in Pelotas / RS.** 2014.85fls.Dissertation (Masters) – Post-Graduation Progran in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2014.

Social Support promotes the adherence to tuberculosis treatment since it helps to establish a collaborative process that facilitates the acceptance and integration of the patient to the treatment regimen. This adherence to treatment of tuberculosis requires material, informational and emotional support to the patients and it can be provided by the family, health professionals, friends and others. This study aimed to analyze the relation between social support and adherence to tuberculosis treatment in a priority city for TB control in southern Brazil. It consists of a quantitative cross-sectional study and is linked to the multicenter project "Tuberculosis: coordination of assistance and strategies for adherence to treatment in cities in the South, Southeast and Northeast of Brazil." The sample consisted of 108 patients under TB treatment from April 2013 to January 2014 as part of the Tuberculosis Control Program in Pelotas. According to respondents, the family was the main source of social support. Emotional support was the most targeted support. Although 62.9% said they did not receive support from the health care professional. Regarding adherence to treatment, 101 patients had a positive score on adherence assessment on the drug treatment of TB; most of these had received family support being the emotional support the most prevalent one. There was no statistically significant difference between the source and type of support with adherence to drug treatment of TB. It was found that family and emotional support are the sources and types respectively of social support which stand out for the TB treatment. The material support showed the lowest percentages and informational one was not reported by respondents. Most patients experienced TB treatment. The study had limitations because of the greater proportionality of people with adherence to treatment (93.5%).

Key words: Tuberculosis. Adherence. Social support. Tuberculosis Treatment.

Sumário

I Projeto de Pesquisa…….…….....……9

II Relatório de campo……..…….....43

III Artigo Cientifico…….…….....……48

Apêndices……..…….....…62

Anexos…….....…….....…...70

I PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Projeto de Dissertação

A contribuição do apoio social para a adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS

Dagoberta Alves Vieira

Pelotas, 2014

DAGOBERTA ALVES VIEIRA

A contribuição do apoio social para a adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2014

Banca de qualificação
Prof.ª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales (UFPel)
Prof.ª Drª Maria Rita Bertolozzi (EE/USP)
Prof. Dr Pedro Fredemir Palha(EERP/USP)
Prof.ª Drª Eda Schwartz (UFPel)
Prof.ª Drª Vanda Maria Jardim (UFPel)

Lista de figuras

Figura 1. Elementos conceituais do Apoio Social.....30
Figura 2. Quadro de variáveis relacionadas ao apoio social que influenciam à adesão ao tratamento da tuberculose.....33
Figura 3. Orçamento da pesquisa.....38
Figura 4. Cronograma de atividades.....39

Lista de abreviaturas e siglas

AS	Apoio Social
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento de Pesquisa
EE	Escola de Enfermagem
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GEOTB	Grupo de Estudos Operacionais em tuberculose
HIV	*Human Immuno Deficiency vírus*
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PAHO	Pan American Health Organization
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
RS	Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TB	Tuberculose
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

Sumário

1 Introdução.....15

2 Objetivos.....18

2.1 Objetivos gerais.....19

2.2 Objetivos específicos.....18

3 Hipóteses.....20

4 Revisão Bibliográfica.....21

5 Apoio Social: Bases teóricas e conceituais.....22

5. 1 O Apoio Social: aspectos históricos no campo da saúde.....24

5.2 O Apoio Social na adesão ao tratamento da tuberculose.....27

6 Materiais e Métodos.....27

6.1 Local do estudo.....27

6.2 População de estudo.....28

6.3 Instrumentos de Coleta de Dados.....29

6.4 Procedimento de coleta de dados.....31

6.5 Análise dos dados.....32

6.6 Aspectos Éticos.....32

7 Orçamento.....34

8 Cronograma.....35

Referências Bibliográficas.....40

1 Introdução

No Brasil, a tuberculose (TB) é prioridade para a saúde pública. Apresenta a maior carga da doença e na região das Américas e ocupa o 19º lugar na lista de 22 países que concentram 80% dos casos no mundo (PAHO, 2012).

No país, as ações de controle da TB seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde, no entanto, a taxa de abandono ao tratamento em 2011 correspondeu a 9,8% (BRASIL, 2012), sendo que é preconizada uma taxa de até 5% de abandono (WHO, 2008). Neste período, a taxa de cura de pessoas com TB pulmonar foi de 76,6% (BRASIL, 2013), não alcançando os 85% recomendados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2011).

A situação epidemiológica da doença a ratifica como um grave problema de saúde no país, mantendo-a em situação desafiante para os gestores e profissionais de saúde. Contudo, a doença ainda apresenta-se como baixa prioridade para seu enfrentamento, no âmbito da gestão local e dos serviços de saúde. Agrava-se a situação da TB em função do contexto socioeconômico, onde se desenvolve a doença (pessoas majoritariamente pobres e vulneráveis), contribuindo para a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão social (BRASIL, 2010; HOTEZ, 2007).

As condições socioeconômicas desfavoráveis expõem as pessoas à marginalidade, discriminação racial/social, precariedade do emprego, subemprego e desemprego, isolamento geográfico, falta de acesso aos serviços públicos, baixo nível educacional, moradia precária e insalubre, alimentação insuficiente, resignação, revolta, tensão e medo (YAZBEK, 2012).

Um estudo realizado por Santos et al (2007), mostrou que o risco de adoecer por TB, no município em estudo, foi duas vezes maior nas áreas com piores níveis socioeconômicos em relação àquelas com melhores níveis. Outro estudo realizado por Ximenes (2009) mostrou que a condição de ser homem, ter mais de 20 anos, ser analfabeto, desempregado e ter poucos bens aumentou o risco de adoecimento por TB.

Ainda, as pessoas com TB são estigmatizadas devido às manifestações da doença, consideradas depreciativas, bem como o medo de contaminação pelas pessoas próximas. A presença do estigma gera medo e leva ao isolamento social (LIMA et al, 2014). Esta situação afeta os diversos contextos de vida social e financeira do indivíduo e família.

Diante desse contexto, o Apoio Social (AS) à pessoa doente assume um papel relevante para contribuir na satisfação das necessidades sociais, clínicas e emocionais das pessoas e famílias afetadas pela TB. No âmbito nacional e internacional, estudos abordam a necessidade de estratégias de AS a fim de superar obstáculos que o paciente encontra durante o tratamento da doença, principalmente aqueles relacionados às questões socioeconômicas (TERRA, BERTOLLOZI, 2008; PALHA et al, 2012, CARDOZO-GONZALES et al 2008, KALIAKBAROVA et al, 2013).

O AS pode amenizar o ônus que o tratamento da doença gera para a maioria dos doentes e suas famílias. Assim como contribui para prover alimentação, informação, carinho, companhia, encorajamento, amizade e compreensão, presentes no processo de tratamento da TB (USHIE e JEGEDE, 2012). A oferta de incentivos é uma das práticas de AS, a qual pode ser ofertada na forma de cestas básicas, lanches e vales transporte, que auxiliam no restabelecimento do estado nutricional da pessoa com TB, assim como no seu deslocamento até os serviços de saúde.

Diversos estudos confirmam que a oferta de incentivos no contexto dos serviços de saúde é considerada favorável à adesão e a conclusão do tratamento (QUEIROZ E.M. et al, 2012; PAZ et al, 2012; CANTALICE FILHO, 2009). Segundo Chor et al (2001), o AS favorece a adesão a tratamentos de saúde, principalmente em relação às doenças ou condições que necessitem de um período longo de acompanhamento, como é o caso da TB, que tem uma duração mínima de seis meses. Esse apoio pode contribuir para o estabelecimento de um processo colaborativo que facilite a aceitação e a integração ao regime terapêutico pelo doente, pressupondo a sua participação nas decisões a serem tomadas durante o tratamento. Esse processo, quando ocorre, denomina-se de adesão terapêutica (BRASIL, 2008). Estudiosos na temática afirmam que ações de apoio material, informacional e emocional às pessoas são essenciais na adesão ao tratamento da TB (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

O AS pode ser ofertado pelo serviço de saúde, família, amigos e outros dispositivos existentes na sociedade. No âmbito dos serviços de saúde, as equipes devem considerar a doença a partir de uma perspectiva de cuidado ampliado, onde a abordagem às pessoas contemple o conjunto das necessidades de saúde e o contexto onde se desenvolve a enfermidade (BACELLAR, ROCHA, FLÔR, 2012) É esperado que os serviços de saúde e outros dispositivos de apoio, em parceria com a Atenção Primária, por estar próxima dos indivíduos, se responsabilizem pela gestão clínica e social do paciente e suas famílias, desde a identificação da doença até a conclusão do tratamento (SILVA, 2007). Esse processo deve ser permeado por práticas de AS devido às demandas dos usuários que extrapolam a oferta dos serviços de saúde, principalmente em relação à TB.

O AS oferecido pela família e amigos também contribui com as necessidades de alimentação, informação, carinho, companhia, encorajamento, amizade e compreensão (PAZ-SOLDÁN et al, 2013;ORR, 2011), presentes no processo de tratamento da TB. Ainda, a família por estar mais próxima da pessoa em tratamento, acaba desempenhando um papel vital na adesão ao tratamento, sendo por meio de lembretes para tomar a medicação e ir às consultas médicas, ou no auxílio ao familiar doente com a alimentação e o incentivo emocional (DIAS et al, 2013; USHIE e JEGEBE, 2012). O apoio da família e dos amigos é bem visto e recebido pelo paciente, pois tem um potencial de aumentar sua confiança e bem estar, que contribuem para conclusão do tratamento (USHIE e JEGEBE, 2012).

Diante do exposto, o desenvolvimento desse estudo visa identificar a contribuição do AS na adesão ao tratamento da TB no contexto local de estudo, a partir da seguinte questão de pesquisa: **Qual a contribuição do apoio social para à adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS?** .

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar o apoio social na adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico das pessoas em tratamento da tuberculose;

Identificar as fontes e os tipos de apoio social recebido pelas pessoas em tratamento da tuberculose;

Definir os pacientes com adesão ao tratamento medicamentoso;

Analisar a fonte e o tipo de apoio social recebido pelas pessoas que aderem ao tratamento medicamentoso.

3 Hipóteses

- O apoio social promove a adesão ao tratamento da tuberculose.
- Família, amigos e colegas se constituem como fontes de apoio emocional e material para a adesão ao tratamento da tuberculose.
- Serviço de saúde se constitui como fonte de apoio informacional para a adesão ao tratamento da tuberculose.

4 Revisão de Literatura

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que teve como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas de maneira sistemática e ordenada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008) que influenciam sobre AS e tratamento da TB, visando o aprofundamento do conhecimento sobre o tema.

Para orientar a revisão integrativa utilizou-se a seguinte pergunta norteadora: Quais as fontes e os tipos de apoio social recebido pelos pacientes em tratamento da TB?

A busca dos artigos foi realizada em agosto de 2014, na base de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Public Medical of Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PUBMED/MEDLINE). Na primeira base utilizaram-se os descritores controlados, obtidos na terminologia dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), e na segunda do Medical Subject Heading (MeSH). Em ambas as bases utilizaram-se os descritores *tuberculosis e support social* e o conector boleano AND.

Para seleção dos artigos aplicou-se os seguintes critérios de inclusão: textos completos que apresentassem fatores relacionados ao sujeito (socioeconômicos, demográficos, comportamentais e comorbidades) que influenciam sua necessidade de apoio social; estudos escritos nos idiomas inglês, espanhol e português a partir de 2009 (últimos cinco anos); investigações realizadas com humanos; e disponibilidade de texto completo. Como resultado, se obteve 342 trabalhos no PUBMED e 12 no LILACS.

Após a leitura dos títulos e dos resumos foram selecionados 31 estudos no PUBMED e 5 no LILACS que atendiam os critérios de inclusão. Após, foi realizada a leitura dos textos completos, sendo finalizada a seleção de 21 artigos no PUBMED e 4 no LILACS, totalizando 25 trabalhos relacionados com o tema em estudo (Apêndice I).

Quanto ao local de realização dos estudos, oito foram realizados na África [7;8;9;10;12;15;17;18], seis na América do Sul [2;4;20;21;22;23], quatro na Ásia [1;3;13;19], dois na Europa[11;14], dois na América do Norte[6;16] e um na América Central[5].

Em relação a abordagem metodológica dos estudos, dos 23 selecionados, 14 foram de abordagem qualitativa[2;3;4;6;7;8;11;13;14;15;17;18;20;23], 8 de abordagem quantitativa [1;5;9;10;12;19;21;22] e 1 de revisão[16].

Em relação às fontes de AS, dez trabalhos[2;3;4;8;9;15;17;20;21;22;23] apontam a contribuição da família durante o tratamento. Dentre estes, cita-se principalmente o apoio emocional e econômico como fundamentais durante tratamento da doença. Os estudos apontam a adesão ao tratamento[3;4;8;9;11;15;16;17] como resultado do AS recebido pelos familiares.

Além do apoio da família, os trabalhos[2;4;12;17;20;21] revelam a importância do apoio ofertado pelo profissional de saúde às pessoas em tratamento da TB, por meio do apoio emocional, material e informacional. Em um trabalho[14] foi citada a contribuição do profissional enfermeiro pela oferta de apoio informacional às pessoas em tratamento da TB e suas famílias.

Os amigos também foram identificados, nos estudos selecionados na revisão integrativa da literatura[7;8;9;15], como colaboradores durante o tratamento com apoio material e emocional. Além das fontes de AS acima citadas, alguns estudos[3;7;8;21] apontaram cuidadores leigos, contatos, comunidade, e rede de convivência como colaboradores no processo de tratamento, por meio do apoio emocional e material.

Em outros estudos não foram especificados os tipos de apoio material ofertado por outras fontes de AS[8;2]. Contudo, cita-os como importante durante o tratamento. Já outros autores, sem especificar a fonte de apoio social, citam o auxílio com gastos referentes ao transporte[8;12;13;16;18; 19;] alimentação[8;9;11;12;16;17;18;19;22], despesas médica[2], seguro saúde[5] como importantes contribuições para melhores resultados de tratamento.

Outras publicações destacam a importância do AS para o tratamento da TB de forma mais geral, sem especificar a fonte ou tipo. Cita-se a contribuição na redução da taxa de abandono; na resolutividade de dificuldades financeiras durante o tratamento; alívio das dificuldades psicológicas, econômicas e sociais e sucesso do tratamento.

No geral os estudos identificados na revisão contribuíram principalmente para o maior aprofundamento teórico do tema pesquisado. Contudo, os artigos foram principalmente da abordagem qualitativa, não sendo este o desenho desta pesquisa. Ainda vale destacar que a contribuição do AS na adesão ao tratamento da TB apresenta lacuna a produção cientifica no contexto em estudo.

5 Apoio Social: Bases Teóricas e Conceituais

5. 1 O Apoio Social: aspectos históricos no campo da saúde

Com a proposta do Sistema Único de Saúde, veio alicerçada uma concepção ampliada de saúde com enfoque para além da doença, abrangendo a sua multicausalidade e as determinações sociais do processo saúde-doença-cuidado, incluindo-se nestas causas, as diferenças culturais, as condições socioeconômicas, os ambientes psicológicos adversos, o suporte social deficitário, entre outras.

No contexto da multicausalidade, desde o início do século XX até o final dos anos 60, o AS emerge como uma forma de enfrentamento de problemas sociais, que influenciam a saúde (AGUIAR, 2006; VALLA, 2000), alcançando destaque na literatura a partir de meados dos anos 70 (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Como antecedente histórico da relação do AS na saúde cita-se o sociólogo Emile Durkheim, o qual destaca a importância das relações sociais no ajuste psicossocial do indivíduo, abordando a perspectiva da integração social. Assume que a frequência dos contatos com as pessoas promove o bem estar na saúde (DURKHEIM, 1897; SABORIT, 2003).

Em estudo realizado por Hinkle e Wolff (1957), foi demonstrado que a presença de laços sociais influenciam positivamente no tratamento de psicopatologias. Ainda Caplan (1974) em seu estudo, introduz o termo “sistema de suporte”, que abrange, não só o núcleo familiar e de amigos, mas também os serviços informais presentes nas comunidades, onde as pessoas vivem, realçando o papel que podem desempenhar na resolução de uma situação de crise ou em fase de transição a nível individual.

Um estudo dos processos psicossociais como protetores da saúde e o seu papel na etimologia das doenças, realizado por Cassel (1976), demonstrou que pessoas com alto AS mostraram-se mais resistentes às doenças, assim como ao melhor manejo do estresse causado pela enfermidade.

Cobb (1976), outro precursor da temática, evidência que as interações de apoio entre as pessoas protegem contra as consequências do estresse da vida para a saúde. O autor acrescenta que o AS pode proteger as pessoas em crise, mesmo considerando uma grande variedade de estados patológicos. Além disso, o AS pode

reduzir a quantidade de medicamentos necessários, acelerar a recuperação, e facilitar a conformidade com regimes médicos prescritos.

A historicidade e a atualidade revelam a complexidade dos problemas sociais tanto no setor saúde, bem como em outros, o que impõe desafios na revisão de saberes e práticas que visem melhores condições de vida aos indivíduos. Dentre estas, se realça a oferta de AS, a fim de impactar positivamente à saúde e o bem estar das pessoas (JUNQUEIRA, 2004, SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Em termos conceituais, o AS no campo da saúde pode ser entendido como a interação da pessoa com familiares, amigos, profissionais e pares que providenciam informação, confiança, ajuda e estima (STEWART, et al, 2001). Inclui um conjunto de relações formais e informais das quais os pacientes recebem apoio para enfrentarem os desafios impostos por uma doença (RODRIGUES, FERREIRA, 2012).

O conceito também envolve relações de troca que implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua que trazem benefícios para o estado de saúde das pessoas e podem contribuir para criar sensação de coerência e controle da vida (COHEN, SYME,1995; SANCHEZ, et al 2010).

Ainda o AS abrange a subjetividade daquele que recebe apoio, pois se trata de uma avaliação subjetiva do indivíduo, no qual ele pode ver-se ou não conectado a outras pessoas pelo sentimento de sentir-se amado, estimado, auxiliado pelos outros, podendo perceber a presença do apoio ou não. Esta concepção denomina-se como Apoio Social Percebido (BARRERA, 1986; WETHINGTON, KESSLER,1986; CALLAGHAN; MORRISSEY, 1993).

Quanto aos níveis de análise, o AS pode se dar no nível comunitário, das redes sociais e das redes intimas (LIN, 1986). No nível comunitário, o AS proporciona uma sensação de pertença e integração social, uma vez que o indivíduo está implicado em determinados papeis e contextos sociais. No nível de redes sociais, estas se caracterizam como campo relacional total de uma pessoa, onde se interage de maneira regular com outros indivíduos, sendo esta a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas. Como último nível estão às redes intimas, sendo estas transações que ocorrem nas relações mais intimas entre indivíduos que possuem afinidades pessoais num quadro não institucional ou informal, portanto estas são fundamentalmente de natureza afetiva, podendo assumir uma carga negativa ou positiva.

Na perspectiva funcional, o AS envolve o apoio material, afetivo/emocional e informacional. O apoio material refere-se ao apoio direcionado ao auxílio das pessoas em caso de necessidade, refletindo o acesso dos indivíduos aos serviços práticos e recursos materiais, em que está incluído, por exemplo, vale transporte, cesta básica, lanche, entre outros (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

O apoio afetivo/emocional caracteriza-se por trocas que comportam atitudes emocionais positivas, relacionando-se à percepção e à satisfação quanto à disponibilidade de escuta, de atenção, de informação, de estima, de companhia em relação à condição de saúde e ao tratamento (DANTAS, PELEGRINO, GARBIN, 2007; RODRIGUES, 2008). Ainda é entendido como suporte emocional ou prático dado pela família, amigos, igrejas, grupos e outros, na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (ANTUNES; FONTAINE, 2005; DECS, 2014).

O apoio informacional refere-se às informações que podem ser usadas para lidar com problemas, sendo mensurado por meio do acesso dos indivíduos a aconselhamentos, sugestões, orientações e informações. Este AS está relacionado a um melhor enfrentamento das situações geradoras de sofrimento físico ou psicológico como ocorre quando a pessoa percebe-se doente, assim como durante o tratamento da TB (RODRIGUES, FERREIRA, 2012; SOUZA, SILVA, MEIRELLES, 2010).

O AS também contribui na resposta positiva do paciente aos desafios, onde o mesmo adota comportamentos positivos, como o iniciar ou manter ações promotoras do seu bem estar no círculo de convivência, que se somam ao tratamento proposto (KOLANKIEWICZ et al 2014). No tratamento da TB esta resposta positiva revela-se por meio da regularidade na tomada da medicação como sendo crucial para o alcance da cura.

Esta resposta positiva lavrada pelo AS também pode ser expressa por meio do comparecimento às consultas clínicas, realização de exames de controle e alerta para possíveis alterações do quadro clínico e seguimento das recomendações dos profissionais de saúde. A incorporação dessas ações pelo individuo no processo de tratamento da TB configura a adesão terapêutica.

5.2 O Apoio Social na adesão ao tratamento da tuberculose

O termo “adesão” indica o sujeito com autonomia para tomar decisões conscientes e responsáveis durante o tratamento (WHO, 2003). Sendo assim, o termo não se refere apenas à tomada da medicação ou ao seguimento das recomendações médicas, também implica em uma atitude responsável do paciente frente ao seu tratamento (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010).

Contudo, o seguimento de normas como a realização de consultas e de exames, ou tomada regular da medicação, é o resultado de uma moção estabelecida pelo sujeito, de aderir ou não, por determinado período, podendo oscilar. Essa condição, de aderir, está previamente construída pelas condições particulares das pessoas de se desenvolverem ao longo de sua história e relação com a sociedade (BERTOLOZZI, 1998).

Aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais influenciam nos hábitos e necessidades individuais, os quais irão determinar a adesão ou não dos sujeitos ao tratamento. No entanto, a literatura científica evidencia que as pessoas em tratamento da TB que recebem algum tipo de apoio social apresentam melhor adesão ao tratamento (DIAS et al, 2013; MKOP et al 2013; TADESSE et al, 2013; VAN DEN BOOGAARD et al, 2012; ORR et al, 2010; QUEIROZ et al, 2012). Esse apoio representa alívio para os problemas econômicos, emocionais e sociais da pessoa em tratamento da TB.

A família e os amigos, por estarem mais próximos da pessoa em tratamento, colaboram nesse processo, incentivando-o a tomar os medicamentos e lembrando-o de suas consultas médicas. Além do apoio familiar, o apoio dos profissionais de saúde também é considerado favorável para adesão ao tratamento (DIAS et al, 2013).De acordo com Queiroz e Bertolozzi (2010) a responsabilização do profissional pelo fornecimento de informações, além da adoção de estratégias pelos profissionais para manutenção do tratamento como, por exemplo, flexibilizar o horário de consultas ou da tomada do medicamento, caso o paciente trabalhe, também podem ser vistos como uma forma de apoio aos pacientes.

O apoio do profissional de saúde à pessoa com TB, que contribui para a adesão à terapêutica, é permeada por uma relação de acolhimento e vínculo entre os provedores de cuidado e a pessoa que o recebe, resultando na partilha de

compromissos entre o serviço de saúde e o usuário, promovendo assim qualidade na assistência prestada e na adesão ao tratamento (TERRA, BERTOLOZZI, 2008).

A seguir (Figura 1) mostra-se uma representação visual da cadeia de elementos conceituais do AS, desenvolvidos nas Bases Teóricas que contribuem para a adesão ao tratamento da TB, e que orientará o estudo.

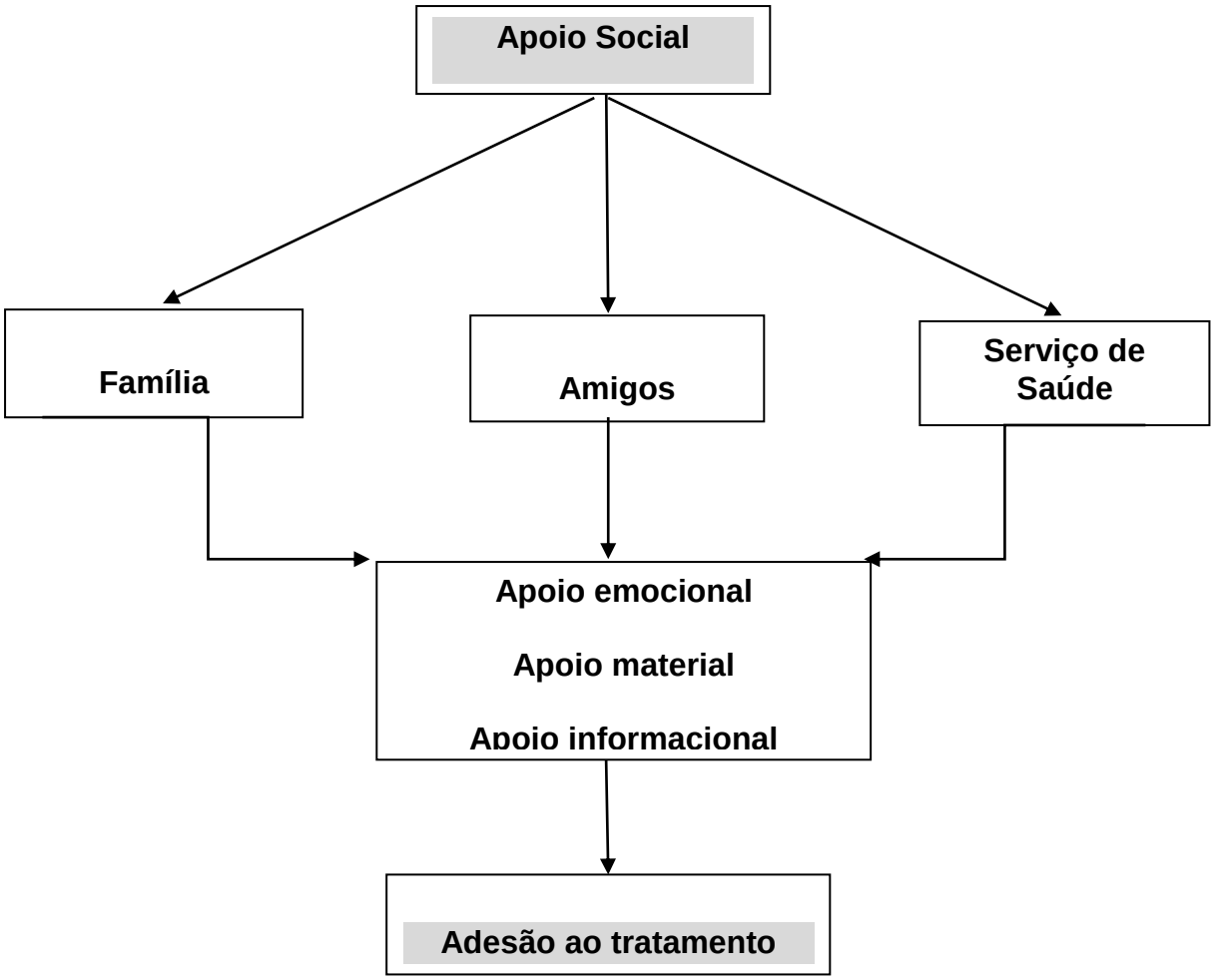

Figura 1 – Elementos conceituais do Apoio Social.

6 Materiais e Metódo

O projeto de pesquisa **“A contribuição do apoio social para à adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS**” está inserido no projeto **“**Tuberculose: coordenação da assistência e estratégias para adesão ao tratamento no município de Pelotas – RS”. Este por sua vez, integra o projeto multicêntrico elaborado pelo GEOTB/EERP-USP intitulado “Tuberculose: coordenação da assistência e estratégias para adesão ao tratamento em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”, financiado pelo CNPq por meio do edital Universal 14/2012. Quanto ao delineamento deste estudo trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa.

6.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Pelotas, localizado na Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, com uma população de 328.275 habitantes em 2010 (IBGE, 2011). O sistema municipal apresenta sete hospitais (dois universitários, três filantrópicos e dois privados), 66 clínicas especializadas, 469 consultórios isolados, 36 clínicas de apoio ao diagnóstico e um centro público de especialidades. Conta com uma Unidade Básica de Atenção Imediata e um Pronto Socorro Municipal. Apresenta 51 Unidades Básicas de Saúde dentre essas, 34 equipes na modalidade de Estratégia Saúde da Família, caracterizando 35,7% de cobertura da população (BRASIL, 2014).

Na atenção à TB, de acordo com o Programa Estadual de Controle da Tuberculose (2011), Pelotas é um dos 15 municípios no Estado do Rio Grande do Sul considerados prioritários para o controle da doença. Em relação a TB no ano o município apresentou 206 casos novos de TB, 26 casos de abandono (BRASIL, 2012).

O tratamento das pessoas com TB em Pelotas é realizado no Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), localizado no Centro de Especialidades do município, no centro da cidade. A equipe é especializada, sendo constituída por dois médicos pneumologistas, uma assistente social e uma recepcionista. As pessoas em tratamento da TB chegam ao serviço por meio de

encaminhamentos das unidades básicas de saúde, consultórios particulares, hospitais e pronto socorro.

As pessoas e os familiares que realizam ou já realizaram tratamento, o atendimento ocorre por livre demanda. O primeiro contato das pessoas com TB no serviço inicia-se na recepção da unidade de saúde, onde é levantado o motivo da consulta. Na presença de encaminhamento para diagnóstico, tratamento ou acompanhamento a pessoa é orientada a aguarda pela consulta médica. Na ausência de encaminhamento a pessoa é orientada a procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

Durante o período de tratamento, a pessoa em tratamento realiza uma consulta mensal com o médico pneumologista, para avaliação da evolução da doença, e logo é atendido pela assistente social, responsável pela entrega da medicação, identificação dos contatos e outros aspectos relacionados ao tratamento.

Ressalta-se que o tratamento é centralizado, com modalidade auto administrado. Ainda as baciloscopias de diagnóstico e controle são realizadas predominantemente pelo Laboratório Municipal, localizado no centro da cidade. A pessoas com TB ou familiares, são responsáveis pela coleta e entrega da amostra ao laboratório.

6.2 População de estudo

A população de estudo foi constituída por todas as pessoas com TB em tratamento no PMCT de Pelotas no período de abril de 2013 a janeiro de 2014, e que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; em tratamento há três meses ou mais; ou que terminaram o tratamento há no máximo dois meses; fora do sistema prisional; e que não apresentavam limites de cognição.

O PMCT atende em média 160 pacientes com TB por mês. Durante o período da coleta foram entrevistados 108 pacientes, durante o período da coleta, que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos e manifestaram disponibilidade em participar do estudo. Vale destacar que o período de coleta buscou superar o número mínimo de sujeitos esperados para a pesquisa, dentro de um fluxo contínuo de ingresso e alta das pessoas no PMCT.

O número mínimo de sujeitos estabelecido para este estudo teve como referência o recomendado pelo projeto multicêntrico, ao qual se vincula, no qual

considerou cinco vezes mais o número de variáveis dos instrumentos de coleta de dados a serem analisadas. O número ideal considerou a proporção de dez indivíduos para uma variável, conforme a proposta de pesquisa multicêntrica. Assim, o maior número de variáveis nos formulários foi 16. Desta forma, foi considerado o valor mínimo para amostragem (5x16) 80 e ideal (10x16) 160 pessoas (HAIR, 2005).

6.3 Instrumentos de Coleta de Dados e Variáveis do estudo

Os instrumentos de coleta de dados compreendem três formulários estruturados pertencentes ao projeto multicêntrico supra referenciado.

O Formulário estruturado I: Caracterização dos doentes e do tratamento de TB (ANEXO I) - compreende um total de 25 questões, agrupadas em dois blocos: Bloco A: dados sociodemográficos e clínicos e Bloco B: dados de caraterização do tratamento da TB. Para o estudo foram consideras as variáveis: sexo, idade, escolaridade, situação empregatícia, local onde vive, com quem mora, renda, forma clínica da TB, tipo de caso, coinfecção TB/HIV, outras doenças associadas, tempo de tratamento medicamentoso e recebimento de incentivos do programa de TB (vale transporte, cesta básica ou outros).

O Formulário estruturado II: Escala para Análise do Autocuidado do Doente de Tuberculose (Anexo II). Este formulário foi elaborado com base no conceito multidimensional de adesão ao tratamento (WHO, 2003), possui 16 questões, que incluem as respostas em forma de escala Likert de nove pontos, sendo zero, a pior resposta e oito, a melhor. Deste formulário foi selecionada apenas a questão 15, voltada para a fonte e o tipo de apoio recebido pelo paciente durante o tratamento da TB.

O Formulário estruturado III:Medida de adesão ao tratamento medicamentoso da TB (ANEXO III) - O bloco de medida de adesão ao tratamento medicamentoso da TB foi elaborado com base no instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (DELGADO; LIMA, 2001). Tal instrumento é utilizado para determinar a adesão ao tratamento medicamentoso. Contém sete itens com escala Likert de resposta com pontuação que varia de nunca = 6 a sempre = 1, sendo um a pior resposta e seis a melhor. Neste estudo será utilizada a totalidade das questões deste formulário.

	Variáveis	Categorias de resposta	Tipo
Caracterização dos doentes e do tratamento de TB	Forma clínica (Q-2-I)	Pulmonar/Extrapulmonar	Dicotômica
	Tipo de caso (Q-3-I)	Novo/Retratamento/por recidiva/Retratamento por abandono/Retratamento por falência	Categórica nominal
	Tempo de tratamento (Q-4-I)	Em meses	Numérica discreta
	Sexo (Q-7-I)	Masculino/Feminino	Dicotômica
	Idade (Q-8-I)	Em anos completos	Numérica discreta
	Escolaridade (Q-9-I)	Sem escolaridade/Ensino Fundamental incompleto/Ensino. Fundamental completo/Ensino Médio/Ensino superior	Categórica nominal
	Situação empregatícia (Q-10-I)	Desempregado/Empregado/ Autônomo/Do lar/Estudante/ Aposentado/Afastado	Categórica nominal
	Renda (Q-13-I)	Em reais (R$)	Ordinal
	Incentivos (Q-21-II)	Cesta básica/Vale transporte/Outros/Não	Categórica nominal
Apoio Social	Busca apoio para o tratamento	Sempre/Às vezes/Nunca	Escala Likert
	Categoria de apoio (Q-15-II)	Familiares/Colegas do trabalho/Amigos/Profissionais de saúde/Outros	Categórica nominal
	Tipo de apoio (Q-15-II)	Emocional/Financeiro/Outro	Categórica nominal
Comorbidades	Coinfecção TB/HIV (Q-4-I)	Sim/não/Exame solicitado/Não informado	Categórica nominal

	Outras doenças associadas (Q-5-I)	Polinominal	Aberta
Medida de adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose	Esquecimento da ingesta da medicação para a TB (Q-1-III)	Sempre/Quase sempre/Com frequência/Ás vezes/Raramente/Nunca	Ordinal
	Ingesta da medicação para a TB em horário não indicado (Q-2-III)	Sempre/Quase sempre/Com frequência/Ás vezes/Raramente/Nunca	Ordinal
	Não ingeriu a medicação para a TB por ter se sentido melhor (Q-3-III)	Sempre/Quase sempre/Com frequência/Ás vezes/Raramente/Nunca	Ordinal
	Não ingeriu a medicação para a TB por estar se sentido pior (Q-4-III)	Sempre/Quase sempre/Com frequência/Ás vezes/Raramente/Nunca	Ordinal
	Ingesta por conta própria de mais comprimidos da medicação para a TB do que o indicado (Q-5-III)	Sempre/Quase sempre/Com frequência/Ás vezes/Raramente/Nunca	Ordinal
	Interrupção da ingesta da medicação da tuberculose por estar sem medicação (Q-6-III)	Sempre/Quase sempre/Com frequência/Ás vezes/Raramente/Nunca	Ordinal
	Não ingeriu a medicação para a TB por alguma outra razão (Q-7-III)	Sempre/Quase sempre/Com frequência/Ás vezes/Raramente/Nunca	Ordinal

Figura 2 – Quadro de variáveis relacionadas ao apoio social que influenciam à adesão ao tratamento da tuberculose.

6.4 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril 2013 a janeiro de 2014. Para proceder à coleta de dados, cada entrevistado foi abordado inicialmente por um entrevistador, previamente treinado, que explicou a natureza e os objetivos do

estudo, solicitando a participação do mesmo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO V).

Os formulários estruturados foram preenchidos em locais que resguardaram a privacidade das pessoas com TB (Programa de Controle da Tuberculose/Pelotas-RS ou domicílio), sendo que a maioria das entrevistas foram realizadas no serviço de saúde.

Foi elaborado e disponibilizado aos entrevistados um roteiro explicativo, sobre as categorias de resposta da escala utilizada nos formulários II e III, para fins de esclarecimentos e otimização da coleta dos dados.

6.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados, armazenados em um banco de dados construído no software Excel® e analisados por meio do programa *Estatístico*, versão 12 da Statsoft®.

Para a caracterização das pessoas em tratamento da TB, quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos, comportamentais, de comorbidades, de fonte e tipo de apoio social, atendendo ao primeiro e ao segundo objetivo específico, será utilizada a técnica estatística descritiva com a distribuição de frequências absolutas e relativas.

Já em relação ao terceiro objetivo, será utilizado para fins de distribuição dos entrevistados, quanto à presença de adesão ao tratamento, o usuário que obtiver pontuação superior ou igual a 35 pontos na escala de adesão medicamentosa (ANEXO IV).

Em relação ao quarto objetivo especifico será analisada a fonte e o tipo de apoio social recebido pelas pessoas que aderem ao tratamento medicamentoso, por meio do teste de Qui Quadrado.

6.6 Aspectos Éticos

A proposta de pesquisa foi submetida a Plataforma Brasil, tendo protocolo de aprovação nº 216.822 (ANEXO V). Ainda de acordo com a Resolução Nº 466/12, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, em sua totalidade, parte ou envolvendo o manejo de dados e materiais biológicos provenientes destes, foram considerados riscos aos participantes do estudo: riscos psicológicos e sociais frente à solicitação de respostas referentes às ações realizadas pelos serviços de saúde e

ao cumprimento dessas recomendações por eles (pessoas com TB) no processo de adesão ao tratamento da doença.

No entanto, destacam-se os benefícios indiretos advindos da realização da pesquisa, uma vez que poderão contribuir na identificação de fragilidades na oferta de apoio social pelos serviços de saúde, a fim de qualificar o atendimento, baseando-se nas necessidades das pessoas e em seus contextos de vida.

Com vistas ao recolhimento das informações com os usuários foi assinado em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ambos contendo todas as informações da pesquisa e assegurando os direitos previstos na Resolução supracitada, destacando-se a garantia do anonimato do indivíduo, a possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento e o acesso aos dados pelo período de cinco anos.

Os entrevistadores foram submetidos a treinamento para abordagem às pessoas em tratamento para TB, aplicação de entrevista e recolhimento de informações dos prontuários. Os dados recolhidos, por meio dos instrumentos de entrevista e os termos, foram armazenados em banco digital por cinco anos, procedendo-se o descarte dos mesmos após o período.

7 Orçamento

Apresentação dos materiais e dos gastos com os recursos que serão utilizados para o desenvolvimento do projeto.

Materiais	**Quantidade**	**Unidade R$**	**Total R$**
Lápis	2	1,00	2,00
Borracha	2	1,00	2,00
Caneta	5	2,00	10,00
Cd	06	3,00	18,00
Encadernação final	06	50,00	300.00
Impressão	4000	0,15	60,00
Revisão de Português	01	200,00	200,00
Revisão do resumo em espanhol/inglês	02	30,00	60,00
Folhas de ofício A4	10	16,00	160,00
Submissão artigo defesa	1	1.000.00	1,500,00
Total			**R$ 2.312.00***

*as despesas serão custeadas pela bolsa de mestrado FAPERGS/CAPES.

Figura 3- Orçamento da pesquisa.

8 Cronograma

A seguir apresenta-se o cronograma de desenvolvimento deste projeto.

Atividades	**2013**				**2014**			
	Mar	Abr-Jun	Jul.-Set	Out-Dez	Jan-Mar	Abr-Jun	Jul.-Set	Out-Dez
Definição do tema de pesquisa								
Revisão de literatura								
Elaboração do projeto de pesquisa								
Coleta de dados								
Qualificação								
Análise dos dados								
Elaboração de artigo								
Defesa da dissertação								

Figura 4- Cronograma de atividades

Referências

AGUIAR, S. Redes sociais e tecnologias digitais de informação e comunicação no Brasil (1996-2006). **Revista do Terceiro Setor**, 2006.

ÁLVARES, M.G; CORREA, M.A; URIBE, M.R. Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamento y apoyo recebido por la población habitante de calle com tuberculosis.**Med.U.P.B.**v.28, n.1, p. 22-32, 2009.

ANTUNES. C., FONTAINE, A.M. Percepção de apoio social na adolescência. **Paidéia**, v.15, n.32, p.355-366, 2005.

AYÉ R.et al.Household costs of illness during different phases of tuberculosis treatment in Central Asia: a patient survey in Tajikistan. **BMC Public Health.**

BACELLAR, A.; ROCHA, J.S. X.; FLOR, M.S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 4, n. 1, jun. 2012.

BARRERA, M. J. Distinctions between social support concepts, measure, and models. **Am J Community Psychol**, n.14, p. 413-445, 1986.

BERHE G, ENQUSELASSIE F, ASEFFA A.Treatment outtcome of smear-positive pulmonar tuberculosis patients in Tigray region, Northern Ethiopia. **BMC Public Health**. n.12, p. 537, Jul. 2012.

BERTOLOZZI, M.R. **Adesão ao programa de controle da tuberculose no distrito Sanitário de Butantã-SP**.São Paulo.tese de doutorado.Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo,1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev Saude Publica*,*** São Paulo**,** v. 44, n1, p.200-202, fev.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portal de Saúde. Tuberculose. Principais indicadores da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11485-situacao-epidemiologica-dados>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa nacional de controle da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL, 2014.Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43>.

CALLAGHAN, P., MORRISSEY, J. Social support and health: A review. **Journal of Advanced Nursing**, n.18, p. 203-210, 1993.

CANTALICE FILHO, JP. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **J. Bras. pneumol**. São Paulo, v. 35, n. 10, Out. 2009.

CAPLAN, G. Support systems. In G. Caplan (Ed.), **Support systems and community mental health** (pp. 1-40). New York: Behavioral Publications.1974.

CARDOZO-GONZALES R.I. et al. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**. V. 42, n. 4, p, 628-34, 2008.

CASSEL, J. “The contribution of the Social Environment to Host Resistance”. **American Journal of Epidemiology**, v.104,p. 107-123.1976.

CHILESHE M.;BOND V.A.Barriers and outcomes:TB patients co-infected with HIV accessing antirretroviral therapy in rural Zambia. **AIDS Care**. n. 22, p. 51-9, Ago. 2010.

CHOR D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad Saúde Pública** ,v. 17, p. 887-896.2001.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v.38, p.300-314.1976.

COHEN, S.; SYME, S. L. Sopcial support and Health. **Academic Press**, Orlando, Flórida,1985.

DANTAS, R. A. S.; PELEGRINO, V. M.; GARBIN, L. M. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial**. Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p.456-462, 2007.

DELGADO AB, LIMA ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia, **Saude & Doenças**,v. 2, n.2, p. 81-100,2001.

DIAS, A.A.L., et al**.** Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil. **BMC Public Health**. v,13, :595, 2013.

DODOR E.A. The feelings and experiences of patients with tuberculosis in the Sekondi-Takoradi Metropolitan district: implications for Tb control efforts. **Ghana Med J.** v. 46, n. 4, p. 211-8, 2012.

DURKHEIM, E. Suicide. New York: Free Press, 1951.

JUNQUEIRA L.A.P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.25-36, jan-abr 2004.

GARDEN B et al. Food incentives improve adherence to tuberculosis drug treatment among homeless patients in Russia. **Scand J Caring Sci.** v.27, n.1, p. 117-22, Mar. 2013.

GEBREMARIAM MK; BJUNE G.A; FRICH J.C. Barriers and facilitators of adherence to TB treatment in patients on concomitant TB and HIV treatment: a qualitative study **BMC Public Health**. v.10, p. 651, 2010.

GERRISH K., NAISBY A, ISMAIL M. The meaning and consequences of tuberculosis among Somali people in the United Kingdom. **J Adv Nurs**. V.68, n.12, p. 2654-63, Dez. 2012.

HAIR, J.; et al. Análise Multivariada de Dados. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HINKLE L.E.; WOLFF, H.G. 1956. Communist interrogation and indoctrination of “enemies of the state”: Analysis of methods used by the Communist state police. **AMA Archives of Neurology and Psychiatry.**v**.**76, p. 115.19, 1957.

HOTEZ, P. A new voice for the poor. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 1, n.

ISAAKIDIS P.et al. 'I cry every day': experiences of patients co-infected with HIV and multidrug-resistant tuberculosis. **Trop Med Int Health**. v.18, n.9, p.1128-33, set.2013.

KALIAKBAROVA et al. Psychosocial Support Improves Treatment Adherence Among MDR-TB Patients: Experience from East Kazakhstan. **The Open Infectious Diseases Journal**, v.7, p.60-64, 2013.

KAMINENI V.V. et al. Addressing poverty through disease control programmes:examples from tuberculosis control in India. **Int J Equity Health**.v.11, n.17, Mar. 2012.

KOLANKIEWICZ A.C.B. et al. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. **Rev Gaúcha Enferm**. v.35, n.1, p. 31-38,mar. 2014.

LIMA, LM et al. Estigma e tuberculose: olhar dos agentes comunitários de saúde.**Cuidado y Salud /Kawsayninchis** v.1, n. 1, 2014.

LIN, N. Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, & W. Ensel (Eds.), Social support, life events, and depression (pp. 17-30). Nueva York: **Academic Press**. 1986.

MAUCH V. et al. Tuberculosis patients in the Dominican Republic face severe direct and indirect costs and needsocial protection. **Rev panam Salud Publica**. V. 33, n. 5, p 332-9, Mai. 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Métodos de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-764.2008.

MORRIS M.D. et al. Social, economic, and psychological impacts of MDR-TB treatment in Tijuana, Mexico: a patient's perspective. **Int J Tuberc Lung Dis**.v. 17, n. 7, p. 954-60, Jul. 2013.

NEVES, L.A.S. Qualidade de vida de indivíduos com coinfecção HIV/ tuberculose no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto- Ribeirão Preto, 2010. 139 p. Tese (doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, 2010.

ORR P. Adherence to tuberculosis care in Canadian Aboriginal populations, Part 2: a comprehensive approach to fostering adherent behaviour. **Int J Circumpolar Health**. v.70, n. 2, p.128-40.Abr. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD- Informe de la reunión regional de jefes de Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis-Brasil, 2012.

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

PAZ, L.N.F. et al . Efetividade do tratamento da tuberculose. **J. bras. pneumol**., São Paulo , v. 38, n. 4, Ago. 2012.

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

QUEIROZ, E.M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. ***Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online].** v.20, n.2, p. 369-377, 2012.

QUEIROZ,E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, 2010 .

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. **Saude soc**., São Paulo, v. 19, n. 3, 2010 .

RUTHERFORD, M.E. et al. Risk factors for treatment default among adult tuberculosis patients in Indonesia. **Int J Tuberc Lung Dis**. V. 17, n.10, p. 1304-9, Out. 2013.

RODRIGUES J.S.M., FERREIRA N.M.L.A. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. **Acta Paul Enferm**. v.25, n.5, p. 781-7, 2012.

SABORIT, A.R. **Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemosdiálises** .2003. 57f. Trabajo para optar por el título de Master en Psicologia de la salud- Escuela Nacional de Salud publica, Ciudad Habana, Cuba, 2003.

SAN PEDRO A.; OLIVEIRA R.M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**.v.33, n.4, p.294-301, abr. 2013.

SATTI H. et al. Otcomes of comprehensive care for children empirically treated for multidrug-resistant tuberculosis in a setting of high HIV prevalence.**PLoS One**. V. 7, n.5, p. 37114, Mai. 2012.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 10, n.3, 317-326,2006.

SHERBOURNE, C. D; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**; v.38, n.6, p.705-14.1991.

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

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Passando pela experiência do tratamento da tuberculose. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, out/dez. 2010.

STEWART M.et al. Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. **Public Health Nursing**.v.18, n.1, p. 54–63,2001.

SANCHEZ K.O.L. et al. Apoio social à família do paciente com câncer:identificando caminhos e direções. **Rev Bras Enferm**.v. 63, n.2, p. 290-9, 2010.

SANTOS MLSG. et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev Latino-am Enfermagem.** n. 15 (número especial) set-out. 2007.

TADESSE T. et al. Long distance travelling and financial burdens discourage tuberculosis DOTs treatment initiation and compliance in Ethiopia: a qualitative study. **BMC Public Health** , v.1, n. 13, p. 424, Mai.2013.

TERRA, M F; BERTOLOZZI, MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, 2008.

USHIE B.A.;JEGEDE A.S. The paradox of family support: concerns of tuberculosis-infected HIV patients about involving family and friends in their treatment. **AIDS Patient Care STDS.** v. 26, n.11, p.674-680, nov. 2012.

VALLA, V.V. Educação popular e saúde diante das formas alternativas de se lidar com a saúde. **Revista APS**, v. 3, n. 5, p. 46-53,2000.

VAN DEN BOOGAARD J. et al. An exploration of patient perceptions of adherence to tuberculosis treatment in Tanzania. **Qual Health Res**. V.22, n.6, p.835-45, jun.2012.

XIMENES, RA. et al. Is it better to be rich in a poor area or poor in a rich area? A multilevel analysis of a case-control study of social determinants of tuberculosis. **Int J Epidemiol**. v. 38, n.5, p. 1285-96, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, Jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Genebra; 2008

WETHINGTON, E.; KESSLER, R.C.Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. **Journal of Health and social Behavior**, Washington, v.27, n.1,p.78-89, mar. 1986.

II RELATÓRIO DE CAMPO

O presente texto foi construído como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O mestrado iniciou no mês de março do ano de 2013, com duração máxima de 24 meses.

O projeto de pesquisa está vinculado ao Projeto multicêntrico “Tuberculose: coordenação da assistência e estratégias para adesão ao tratamento em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil sob coordenação da Drª Prof.ª Tereza Cristiana Villa e no cenário deste estudo na coordenação Drª Prof.ª Roxana Isabel Cardozo Gonzales, docente do Departamento de Enfermagem da UFPel e orientadora desta dissertação. A qualificação da presente pesquisa foi realizada em 06 de fevereiro de 2014.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril de 2013 a janeiro de 2014 por três acadêmicas da Faculdade de Enfermagem, uma mestranda e duas doutorandas do Programa de Pós-graduação, todas vinculadas ao Grupo de Estudos de Avaliação em Tuberculose da Universidade Federal de Pelotas/RS.

Todos os entrevistadores receberam treinamento prévio, pela responsável da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no PMCT do município e no domicilio das pessoas em tratamento, preservando a privacidade dos entrevistados. Como estratégia foi utilizada a abordagem aos pacientes no serviço de saúde, com o auxílio dos profissionais do serviço, em especial da Assistente Social e da Secretária do ambulatório de referência em TB. Porém, devido à ausência dos pacientes nas consultas clínicas após o primeiro mês de tratamento, houve dificuldade na coleta de dados no serviço de saúde, visto que o comparecimento mensal para retirada de medicamentos era realizado pelo familiar. Esta visita é considerada pelos profissionais de saúde como consulta de acompanhamento da evolução clínica da doença realizada conforme a recomendação do PMCT.

Tal situação dificultou o contato regular com as pessoas em tratamento no Programa de Controle da Tuberculose para convidá-las a participarem da pesquisa.

Neste sentido, utilizou-se o contato telefônico, e foi ofertado o vale transporte, visando a facilitar o deslocamento dos mesmos ao serviço de saúde. Contudo, conseguiram-se poucos participantes. Em decorrência disso, adotou-se a estratégia de entrevista nos domicílios.

Durante a coleta de dados no serviço de saúde alguns pacientes relataram estar com fome e solicitaram algum alimento, assim como roupas, dentre outras necessidades. Essa experiência possibilitou evidenciar, na prática, a realidade social das pessoas que adoecem com TB. Sendo, de forma geral, indivíduos com baixa renda, pouca escolaridade e em sua maioria vivendo na periferia da cidade. A situação social dos pacientes foi destacada inúmeras vezes pelos profissionais durante a coleta de dados. Os mesmos relataram ter solicitado à Secretaria Municipal de Saúde apoio para a realização de oferta de incentivos materiais, porém não obtiveram sucesso. O incentivo na modalidade de vale transporte é o único subsídio fornecido pelo programa, sendo que este não é disponibilizado a todos os pacientes. O repasse do auxílio transporte ao serviço não se dá de forma regular, e assim fica a critério da Assistente Social o fornecimento do vale àqueles que mais necessitam.

Após a finalização da coleta de dados, foi construído um banco de dados para a entrada das informações no programa Microsoft Excel®, 2007. A análise estatística foi realizada com o uso do software statistica versão12 da Statsoft®. Destaca-se que houve pontos facilitadores na implementação de estratégias para redução dos entraves no processo de coleta de dados da pesquisa, sendo: a experiência, da responsável pela investigação em outros processos de coleta de dados de pesquisa; o conhecimento prévio sobre o funcionamento do PMCT e o vínculo com os profissionais do Programa.

No decorrer do curso de mestrado, em paralelo às disciplinas, participei de forma sistemática das reuniões do grupo de pesquisa, na construção e elaboração de artigos e resumos. Ainda no mês outubro de 2013 pude participar da reunião estadual com os Programas de Controle da Tuberculose realizada em Porto Alegre onde foi apresentado o êxito da estratégia de descentralização do tratamento em um distrito sanitário da Capital. Nessa reunião, os profissionais expuseram as dificuldades de adesão ao tratamento de pessoas que precisam ser encaminhadas ao Hospital Partenon, conferindo com contextos sociais semelhantes aos encontrados nesta pesquisa e reforçando as potencialidades da Atenção Básica no tratamento da doença, dentre estas a oferta de apoio social. Vale destacar meu envolvimento em atividades vinculadas ao desenvolvimento da pesquisa multicêntrica “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de

informação”, aprovado na chamada MCTI/CNPQ/MS-SCTIE-DECIT nº 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas.

No referido projeto participei na coleta de dados e na capacitação de profissionais de Saúde de Pelotas e de Sapucaia do Sul. Além de atividades de supervisão na Unidade Básica de Saúde Simões Lopes, no município sede, apresentação de dados preliminares com a equipe de saúde, elaboração de artigos científicos e discussão dos dados com gestores e profissionais de saúdes, visto que o projeto ainda encontra-se em andamento.

III ARTIGO CIENTÍFICO

APOIO SOCIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO PAR CONTROLE DA TUBERCULOSE DO SUL DO BRASIL

Resumo

O Apoio Social favorece a adesão ao tratamento da tuberculose uma vez que contribui para o estabelecimento de um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração da pessoa esquema terapêutico. A adesão ao tratamento da tuberculose exige ações de apoio material, informacional e emocional às pessoas em tratamento da tuberculose, que podem ser disponibilizadas pela família, profissionais de saúde, amigos, entre outros. O estudo objetivou analisar a relação entre o apoio social e a adesão ao tratamento da tuberculose em um município prioritário para o controle da tuberculose do Sul do Brasil. Constitui-se em um estudo quantitativo de corte transversal, vinculado ao projeto multicêntrico "Tuberculose: coordenação da assistência e estratégias para adesão ao tratamento em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil". A amostra foi composta por 108 pessoas em tratamento da tuberculose, no período de abril de 2013 a janeiro de 2014, no Programa de Controle da Tuberculose de Pelotas. A principal fonte de apoio social citada pelos entrevistados foi a família, enquanto que o tipo de apoio mais referido foi o emocional. Ainda 62,9% referiram não receber apoio do profissional de saúde. Quanto à adesão ao tratamento 101 (93,5%) apresentaram escore positivo na medida de adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose, destes a maioria recebe apoio da família, sendo o apoio emocional o mais prevalente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a fonte e o tipo de apoio com a adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose. Conclui-se que a família é a principal fonte de apoio para a pessoa durante o tratamento da tuberculose. O apoio material apresentou os menores percentuais e o informacional não foi relatado pelos entrevistados, contudo, a maioria das pessoas apresentaram adesão ao tratamento.

Palavras chaves: Tuberculose. Adesão. Apoio Social. Tratamento da Tuberculose

Abstract

Social Support promotes the adherence to tuberculosis treatment since it helps to establish a collaborative process that facilitates the acceptance and integration of the patient to the treatment regimen. This adherence to treatment of tuberculosis requires material, informational and emotional support to the patients and it can be provided by the family, health professionals, friends and others. This study aimed to analyze the relation between social support and adherence to tuberculosis treatment in a priority city for TB control in southern Brazil. It consists of a quantitative cross-sectional study and is linked to the multicenter project "Tuberculosis: coordination of assistance and strategies for adherence to treatment in cities in the South, Southeast and Northeast of Brazil." The sample consisted of 108 patients under TB treatment from April 2013 to January 2014 as part of the Tuberculosis Control Program in Pelotas. According to respondents, the family was the main source of social support. Emotional support was the most targeted support. Although 62.9% said they did not receive support from the health care professional. Regarding adherence to treatment,

101 patients had a positive score on adherence assessment on the drug treatment of TB; most of these had received family support being the emotional support the most prevalent one. There was no statistically significant difference between the source and type of support with adherence to drug treatment of TB. It was found that family and emotional support are the sources and types respectively of social support which stand out for the TB treatment. The material support showed the lowest percentages and informational one was not reported by respondents. Most patients experienced TB treatment. The study had limitations because of the greater proportionality of people with adherence to treatment (93.5%).

Key words: Tuberculosis. Adherence. Social support. Tuberculosis Treatment.

Resumen

El apoio social favorece a aderência ao tratamento debido a su contribución para estabelecer un processo colaborativo que facilita la aceptación e integración del enfermo al esquema de tratamento medicamentoso.La aderência al tratamento de la tuberculose exige acciones de apoyo material, informacional y emocional a los enfermos que puede ser dado por la familia, profesionales de salud y amigos entre otros. El estúdio objetivó analizar la relación entre el apoyo social y la aderência al tratamiento de la tuberculosis en un municipio prioritário para el control de la tuberculosis del Sul del Brasil. Se trata de un estudio cuantitativo de corte transversal, vinculado al projeto multicentrico “Tuberculosis: coordenación de la assistencia y estrategias para aderencia al tratamiento en municípios de la región Sur, Sur este y Norte este del Brasil”. La muestra fue compuesta por 108 personas en tratamiento de la tuberculosis en el período de abril de 2013 a enero de 2014, nen el Programa de control de la tuberculosis de Pelotas. La principal fuente de apoio social fue la familia, aun 62,9% respondieron que no reciben apoyo del profesional de salud. El tipo de apoyo mas referido fue el apoyo emocional. Cuanto La adesión al tratamiento 101 (93,5%) presentaron escore positivo en la medida de aderencia al tratamiento medicamentoso de la tuberculosis, de estes la mayoria recibe apoyo de la familia siendo el apoyo emocional el mas prevalente. No hubo diferencia estatisticamente significante entre la fuente y tipo de apoyo con la aderencia al tratamiento medicamentoso de la tuberculosis. Se concluye que la familia es la principal fuente de apoyo para el enfermo durante el tratamiento de la tuberculosis siendo el apoyo emocional el mas prevalente. El apoyo material presentó los menores porcentajes y el informacional no fue relatado por los entrevistados. Sin embargo la maioria de los enfermos presentó aderencia al tratamiento.

Palabras clave: Tuberculosis. Aderencia. Apoyo Social. Tratamiento de la Tuberculosis

Introdução

A Tuberculose (TB) na atualidade permanece como um problema prioritário para as políticas de saúde. Dentre os fatores que influenciam essa situação salienta-se o contexto socioeconômico dos enfermos, caracterizado majoritariamente pela pobreza, no qual a doença contribui para a perpetuação dos ciclos de desigualdade e exclusão social (BRASIL, 2010; HOTEZ, 2007).

Os movimentos de combate à pobreza e à desigualdade social, por meio dos programas de transferência de renda do governo federal, trouxeram avanços sociais ao Brasil. Entretanto, as populações pobres ainda carecem de acesso a bens públicos (assistência, saúde, creche, mercado de trabalho, geração de renda, acesso aos direitos sociais, à proteção social), capital social e humano, autonomia e participação (PAES-SOUSA, 2013).

Condições socioeconômicas desfavoráveis debilitam física e emocionalmente as pessoas com TB, podendo comprometer a realização de atividades laborais e a renda familiar. A situação de pobreza expõe as pessoas à marginalidade, discriminação racial/social, precariedade do emprego e desemprego, isolamento geográfico, falta de acesso aos serviços públicos, baixo nível educacional, moradia precária e insalubre, alimentação insuficiente, resignação, revolta, tensão e medo (YAZBEK, 2012).

Ainda, as pessoas com TB são estigmatizadas devido às manifestações da doença, consideradas depreciativas, bem como o medo de contaminação das pessoas próximas. A presença do estigma gera medo e leva ao isolamento social (LIMA et al, 2014). Esta situação afeta os diversos contextos de vida social e financeira do indivíduo e família.

Nesse contexto, o apoio social à pessoa em tratamento de TB contribui na satisfação das necessidades sociais, clínicas e emocionais das pessoas e famílias afetadas pela doença (TERRA, BERTOLOZZI, 2008; PALHA et al, 2012, PAZ-SOLDÁN et al, 2013, KALIAKBAROVA et al, 2013). Ademais, estudos afirmam que o apoio social é considerado como favorável à adesão e a conclusão do tratamento da doença (DIAS, et al, 2013; QUEIROZ E.M. et al, 2012; CANTALICE FILHO, 2009).

Esse apoio pode contribuir para o estabelecimento de um processo colaborativo que facilite a aceitação e a integração ao regime terapêutico, pelo doente, pressupondo a sua participação nas decisões a serem tomadas durante o

tratamento, o qual é denominado adesão (BRASIL, 2008). O apoio social estimula a adoção de comportamentos positivos como o iniciar ou manter ações promotoras do seu bem estar no círculo de convivência e que se somam ao tratamento proposto (KOLANKIEWICZ et al 2014). No tratamento da TB, esta resposta positiva pode revelar-se por meio da regularidade na tomada da medicação, como sendo crucial para o alcance da cura, considerando a adesão terapêutica (BRASIL, 2008).

Nesse processo, é necessário disponibilizar apoio material, informacional e emocional às pessoas com TB, podendo ser ofertados pelo serviço de saúde, família, amigos e outros dispositivos existentes na sociedade. No âmbito dos serviços de saúde, as equipes devem enfrentar a doença com uma perspectiva de cuidado ampliado, onde a abordagem às pessoas contemple o conjunto das necessidades de saúde e o contexto onde se desenvolve a enfermidade (TERRA, BERTOLOZZI, 2008). É fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam ações de apoio informacional e emocional ao paciente em cada momento de interação, em todas as etapas do tratamento da doença.

O apoio social oferecido pela família e amigos contribui para minimizar as necessidades de alimentação, informação, carinho, companhia, encorajamento, amizade e compressão do doente. Ainda, a família, por estar mais próxima da pessoa em tratamento, acaba desempenhando um papel vital no aumento da adesão ao tratamento, por meio de lembretes para tomar medicação e ir às consultas médicas, oferta de alimentos e incentivo emocional (USHIE e JEGEBE, 2012, DIAS et al, 2013). Diante do reconhecimento da relevância do apoio social na atenção à saúde, o presente estudo objetivou analisar o apoio social nas pessoas com adesão ao tratamento da TB em um município prioritário para o controle da doença no Sul do Brasil.

Materiais e Método

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Pelotas, localizado na Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul. Apresenta uma população de 328.275 habitantes (IBGE, 2010), sendo considerado prioritário para o desenvolvimento das ações de controle da TB pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. O sistema municipal de saúde é constituído por sete hospitais (dois universitários, três filantrópicos e dois privados), 66 clínicas

especializadas, 469 consultórios isolados, 36 clínicas de apoio ao diagnóstico e um centro público de especialidades. Conta com uma Unidade Básica de Atenção Imediata e um Pronto Socorro Municipal. A rede básica de atenção à saúde é composta por 51 Unidades, dentre essas, 34 equipes na modalidade de Estratégia Saúde da Família, caracterizando 35,7% de cobertura da população (BRASIL, 2014).

Os dados foram coletados no ambulatório do Programa Municipal de Controle da Tuberculose o qual funciona nas dependências do Centro de Especialidades do município, localizado no Centro da cidade. O programa é responsável pelo tratamento das pessoas com TB no município e região. A equipe de saúde é especializada e constitui-se por dois médicos pneumologistas, uma assistente social e uma Secretária.

Participaram do estudo, 108 pessoas em tratamento da TB que atenderam os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; em tratamento há três meses completos ou mais ou que terminaram o tratamento há no máximo dois meses; fora do sistema prisional; e que não apresentaram limites de cognição. Foram entrevistados no período de abril de 2013 a janeiro de 2014.

Os instrumentos de coleta de dados compreenderam dois formulários estruturados, e uma escala de adesão ao tratamento, utilizados no projeto multicêntrico “Tuberculose: coordenação da assistência e estratégias para adesão ao tratamento em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”.

O primeiro formulário trata da caracterização das pessoas e do tratamento de TB, sendo as variáveis: sexo, idade, escolaridade, situação empregatícia, local onde vive, com quem mora, renda, forma clínica da TB, tipo de caso, coinfecção TB/HIV, outras doenças associadas, tempo de tratamento medicamentoso e recebimento de incentivos do programa de TB (vale transporte, cesta básica ou outros). O segundo correspondeu a um formulário para Análise do Autocuidado do Doente de TB, do qual se utilizaram as questões referentes à fonte e ao tipo de apoio recebido pelo paciente durante o tratamento da doença.

Quanto à escala de Adesão ao Tratamento Medicamentoso da TB, esta foi embasada no instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (DELGADO; LIMA, 2001). Esta continha sete questões com respostas em escala com pontuação de um a seis, sendo um a pior resposta e seis a melhor. Foi considerada adesão ao

tratamento, quando o usuário obteve pontuação superior ou igual a 35 pontos, na soma das respostas da escala de adesão medicamentosa.

Os dados coletados foram digitados, armazenados em um banco de dados e analisados por meio do programa *Statistica*, versão 12 da Statsoft. A apresentação dos resultados das variáveis foi realizada por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas. Para analisar o apoio social nas pessoas com a adesão ao tratamento medicamentoso utilizou-se o teste Qui-quadrado.

A proposta de pesquisa atende a Resolução Nº 466/12, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob protocolo nº 216.822.

Resultados

Das 108 pessoas em tratamento que foram entrevistadas, 68 (62,9%) eram do sexo masculino. Em relação à idade 48% tinham de 20 a 40 anos e 23,1% de 41 a 50 anos. Quanto à escolaridade, 70 (64,8%) referiram ter ensino fundamental incompleto. Na situação de emprego, 43 (39,8%) estavam desempregados. A renda familiar variou entre zero a 50 mil, predominando a renda de 678 reais, correspondente a um salário mínimo.

Em relação à forma clínica, da doença 89 (82,4%) foram casos de TB pulmonar e 19 (17,5%) extrapulmonar, sendo que 87 (80,5%) foram casos novos, três (2,7%) retratamento e 18 (16,6%) reingressos por abandono. A maioria das pessoas com TB encontravam-se no terceiro, quarto e sexto mês de tratamento, representando 30 (27,7%), 26 (24,0%) e 25 (23,1%) respectivamente. Com relação às comorbidades 13 (12,0%) informaram HIV, 11 (10,1%) diabetes, 10 (9,25%) tabagismo, 9 (8,3%) alcoolismo, 6 (5,5%) dependência química e 5 (4,6%) hepatite.

Em relação ao apoio social recebido pelas pessoas em tratamento, os entrevistados não citaram o apoio informacional. Quanto ao apoio material oferecido pelo serviço de saúde, o vale transporte foi o único incentivo citado por apenas 25% (27) dos respondentes.

Entre todos os entrevistados 101 (93,5%) apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso da TB e apenas 7 (6,5%) pessoas não apresentaram adesão de acordo com instrumento de medida de adesão ao tratamento medicamentoso. Do total da pessoas que apresentaram adesão cinco (4,6%) não responderam o tipo de apoio que receberam, portanto, a relação entre o tipo de

apoio e a fonte do mesmo considerou 96 pessoas que aderiram ao tratamento da TB. O apoio social recebido por essas pessoas está descrito nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Relação entre apoio emocional e a fonte do apoio recebido pelas pessoas com adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose, Pelotas, 2014. N=96

	Apoio Emocional			
	Sim n (%)	**Não n (%)**	**Total**	**p***
Apoio da família				
Sim	77 (93,9)	5 (6,1)	82 (85,4)	0,276
Não	12 (85,7)	2 (14,3)	14 (14,6)	
Apoio dos Profissionais				
Sim	28 (87,5)	4 (12,5)	32 (33,3)	0,165
Não	61 (95,3)	3 (4,7)	64 (66,7)	
Apoio de amigos				
Sim	24 (92,3)	2 (7,7)	26 (27,1)	0,927
Não	65 (92,9)	5 (7,1)	70 (72,9)	
Apoio dos colegas de trabalho				
Sim	14 (82,3)	3 (17,7)	17 (17,7)	0,070
Não	75 (94,9)	4 (5,1)	79 (82,3)	
Total	89(92,%)	7(7,3%)	9(100%)	

*Teste Qui-quadrado, p≤0,05 foi considerado significativo.

Destaca-se que a família foi a principal fonte de apoio emocional entre os entrevistados. Evidencia-se ainda, que apenas um terço das pessoas que aderem ao tratamento recebem apoio dos profissionais de saúde, 95,3% dos entrevistados que recebem apoio emocional não referem os profissionais como fonte deste apoio. Observa-se que a maioria dos entrevistados não referiu receber apoio emocional dos colegas de trabalho e dos amigos. Não houve associações estatísticamente significativas entre o apoio emocional e a fonte de apoio.

Tabela 2 – Relação entre apoio material e a fonte do apoio recebido pelas pessoas com adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose, Pelotas, 2014. N=96

	Apoio Material			
	Sim n (%)	**Não n (%)**	**Total**	**p***
Apoio da família				
Sim	27 (32,9)	55 (67,1)	82 (85,4)	0,747
Não	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (14,6)	
Apoio dos Profissionais				
Sim	5 (15,6)	27 (84,4)	32 (33,3)	**0,013***
Não	26 (40,6)	38 (59,4)	64 (66,7)	
Apoio de amigos				
Sim	5 (19,2)	21 (80,8)	26 (27,1)	0,953
Não	26 (37,1)	44 (62,9)	70 (72,9)	
Apoio dos colegas de trabalho				
Sim	3 (17,7)	14 (82,3)	17 (17,7)	0,155
Não	28 (35,4)	51 (64,6)	79 (82,3)	
Total	31 (32,3)	65 (67,7)		

*Teste Qui-quadrado, p≤0,05 foi considerado significativo.

Na tabela 2, em relação ao apoio material, ressalta-se que a maioria das pessoas que apresentam adesão ao tratamento não referiram recebe-lo. A principal fonte deste apoio foi a família, com 32,9%. Houve associação estatisticamente significativa entre a fonte profissionais de saúde e este tipo de apoio. Ressalta-se que novamente o apoio de amigos e colegas de trabalho apresenta baixa frequência.

Discussão

As características dos sujeitos identificados no estudo não diferem da literatura nacional e internacional. A maior prevalência do apoio familiar pode estar relacionada ao papel da família, como principal unidade de cuidado em situação de adoecimento de algum de seus membros. Este achado corrobora com os estudos de Isaakidis et al (2013), Dias et al (2013) Tadesse (2013), Van den Boogaard et al (2012). A família ao conviver com a pessoa em tratamento, acaba desempenhando um papel vital no aumento da adesão terapêutica, em função dos lembretes para tomada da medicação e para ir às consultas médicas, além de ajudar o familiar doente com a alimentação e o incentivo emocional (DIAS et al, 2013; USHIE e JEGEBE, 2012).

Destaca-se que em alguns contextos, a família pode apresentar dificuldades na manutenção das relações familiares que impedem o fornecimento do apoio social, devido a conflitos e a agressões (SOUZA e SILVA, 2010). Nesse sentido, é importante a inserção ativa da família no processo de tratamento da doença estimulada pelos profissionais de saúde, promovendo a coparticipação no cuidado às pessoas com TB.

Em contrapartida, ao apoio familiar recebido por expressiva parcela dos entrevistados, a falta de apoio social, por parte dos amigos e colegas de trabalho, observada no estudo pode ter ocorrido em decorrência do desconhecimento da presença da doença por ocultamento da pessoa doente devido ao estigma da tuberculose.

Achados semelhantes foram encontrados por Clementino et al (2011), que observou a preocupação da pessoa com TB em ocultar ou silenciar o diagnóstico aos amigos e colegas de trabalho, a fim de evitar situações constrangedoras, dentre estas, o medo da demissão ou afastamento, que pode tornar-se um obstáculo desde a busca por diagnóstico e durante o tratamento da enfermidade.

Acrescenta-se como possível explicação da baixa frequência do apoio social recebido pelos amigos e colegas de trabalho, a maior frequência de homens, uma vez que eles tendem a omitir sua condição de saúde no convívio social. Neste sentido, a percepção de modelos de masculinidade construídos com base na subjetividade, envolvem atributos como força, domínio e machismo, e implicam na repressão de necessidades de saúde, assim como na dificuldade de expressá-las (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

O apoio de amigos e colegas de trabalho pode representar impacto positivo no tratamento, devido à proximidade com a pessoa doente, podendo lembrá-lo sobre a tomada da medicação, ofertar carinho, conforto e estímulo para o tratamento. Desta forma, os profissionais de saúde, precisam articular e incluir os amigos, assim como os outros membros da comunidade, na promoção do cuidado por meio da educação em saúde. No entanto, a organização do município em relação ao tratamento da TB em um ambulatório centralizado, com modalidade de tratamento auto administrado, dificulta a aproximação dos profissionais com a rede social da pessoa com TB.

Em relação ao baixo apoio material oferecido pelos profissionais de saúde, na forma de vale transporte, pode se constituir em um entrave para o deslocamento do

paciente até o serviço de saúde. A falta de apoio material, traz à tona a necessidade de ações intersetoriais no sentido de assegurar o apoio material além do vale transporte, durante o tratamento da doença, visto que pesquisas realizadas no município em estudo comprovam as já conhecidas precárias condições socioeconômicas das pessoas em tratamento da TB (LIMA, et al 2013; MENEZES et al, 1998). A doença gera custos financeiros adicionais para a pessoa doente e familiares podendo representar entraves para realização do tratamento.

As altas taxas de adesão, identificadas no estudo, embora o baixo apoio social recebido dos profissionais de saúde, pode estar relacionada ao elevado número de pacientes sem história anterior de adoecimento por TB, que provavelmente incentivou o cumprimento da terapêutica de acordo com as orientações dos profissionais. Assim, o baixo número de casos de comorbidades nos entrevistados que conferem menor complexidade em termos de condições de saúde e de tratamento.

Outro fator pode estar relacionado ao longo tempo de trabalho dos profissionais que os legitima como referência de confiança para as pessoas com TB, favorecendo a adesão terapêutica mesmo frente aos entraves emocionais e materiais. Vale destacar que o município tem alcançado as metas de cura dos casos nos últimos anos (2007- 90,1%, 2011-87,0%) (SINAN, 2014), portanto indicando um processo de adesão terapêutica elevada e dentro das recomendações nacionais para a enfermidade

É importante considerar como possível limitação desta pesquisa as entrevistas realizadas no serviço de saúde, onde os pacientes realizam o tratamento e domicílio dos mesmos, identificados a partir do serviço de saúde. Neste caso, as respostas de cunho positivo poderiam refletir medo ou constrangimento em informar o possível não cumprimento das recomendações. Ainda, outro fator pode ter sido não acompanhar o processo de tratamento, o que permitiria identificar a adesão ou não adesão ao longo do tempo.

Conclusões

Com base nos resultados, a família foi a principal fonte de apoio para o paciente durante o tratamento da TB, sendo o apoio emocional o mais prevalente. O apoio material apresentou os menores percentuais e o informacional não foi relatado

pelos entrevistados. Contudo, a maioria das pessoas com TB apresentaram adesão ao tratamento. Embora altas taxas de adesão, o apoio social recebido dos profissionais, amigos e colegas foi baixo.

A família revela-se como sistema de cuidado mais próximo da pessoa que pode explicar a importância dessa fonte de apoio para conclusão de tratamentos e enfrentamento de doenças consideradas longas como a TB. Evidencia-se a necessidade de sensibilizar gestores e profissionais de saúde sobre a importância do apoio social. Uma vez que, as pessoas enfrentam dificuldades emocionais e materiais para concluírem o tratamento, e que, segundo os entrevistados que o aderiram, é fundamental o papel da gestão na organização de redes de apoio, seja por meio da assistência social, recursos municipais ou parcerias com ONGs, e articulação com outros setores, uma vez que, este processo de tratamento pode afetar ao paciente e sua família, por não se sentirem apoiados em suas necessidades sejam elas emocionais, informacionais ou materiais.

Referências

BARBOSA, I.R; COSTA, I.C.C. Estudo epidemiológico da coinfecção Tuberculose-hiv no nordeste do Brasil. **Rev Patol Trop**.V. 43, n.1, p. 27-38. jan.-mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília(DF): MS; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev Saude Publica*,*** São Paulo**,** v. 44, n1, p.200-202, fev.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelecimentos de Saúde no município de Pelotas**. Disponível em:< http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=43&VMun=431440&VSubUni=&VComp=00>. Acesso em 11 de novembro de 2014.

CANTALICE FILHO, JP. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **J. Bras. pneumol**. São Paulo, v. 35, n. 10, Out. 2009 .

CAVALCANTE E.F.O.; SILVA D.M.G.V. perfil de pessoas acometidas por tuberculose. **Rev Rene**. V.14, n.4, p. 720-9. 2013.

CLEMENTINO, F.S. et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. enferm. UERJ**; v.19, n.4, p.638-43, Rio de Janeiro, out/dez. 2011.

COSTA, K.B.; SILVA, C.E.F; MARTINS, A.F. Características clínicas e epidemiológicas de pacientes com tuberculose na cidade com a maior incidência da doença no Brasil. **Clin Biomed Res.** V.34, n.1, p.40-46.2014.

DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v.2, n.2, p. 81-100, 2001.

DIAS, A.A.L., et al**.** Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil. **BMC Public Health**. v,13, :595, 2013.

FIGUEIREDO WS, SCHRAIBER LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**.v.16(supl. 1 p. 935-44, 2011.

HINO, P. et al. A ocorrência da tuberculose em um distrito administrativo do Município de São Paulo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Mar. 2013.

HOTEZ, P. A new voice for the poor. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 1, n.1, p.77,2007.

IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica- cidades.**População estimada da cidade de Pelotas para o ano de 2010**. Disponivel em: < http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431440>. Acesso em 11 de novembro de 2014.

ISAAKIDIS P.et al. 'I cry every day': experiences of patients co-infected with HIV and multidrug-resistant tuberculosis. **Trop Med Int Health**. v.18, n.9, p.1128-33, set.2013.

KALIAKBAROVA et al. Psychosocial Support Improves Treatment Adherence Among MDR-TB Patients: Experience from East Kazakhstan. **The Open Infectious Diseases Journal**, v.7, p.60-64, 2013.

KOLANKIEWICZ, A.C.B. et al. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 35, n. 1, p.31-38, 2014.

LIMA, L.M. et al . O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 2, Jun. 2013.

LIMA, LM et al. Estigma e tuberculose: olhar dos agentes comunitários de saúde.**Cuidado y Salud /Kawsayninchis** v.1, n. 1, 2014.

MENEZES A.M.B.,et al . Incidência e Fatores de Risco para Tuberculose em Pelotas, Uma Cidade do Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. v.1, n.1, p.50-60, 1998.

PAES-SOUSA, R. Plano Brasil sem miséria: incremento e mudança na política de proteção e promoção social no Brasil. **Working Paper** número 113 Ago., 2013.

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

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

QUEIROZ, EM et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, Abr. 2012 .

RIOS, D.P.G. et al.Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 33, n. 1, Jan. 2013 .

SANTO, L.A.L.A; SANTOS, P.C.H.; MOREIRA, M.E. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com tuberculose em hospital universitário da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. **BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online)**, São Paulo, v. 6, n. 68, ago. 2009.

SANTOS, A.M.A.; JACINTO, P.A.; TEJADA, C.A.O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise por meio da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estud. Econ**., São Paulo, v. 42, n. 2, Jun. 2012.

SERRA L.C, ROSS JR. Estudo clínico-epidemiológico da co-infecção de tuberculose/HIV em uma cidade do interior maranhense. **J Manag Prim Health Care** v.3, p. 122-125, 2012.

SILVA A.C.O. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], v.9, n.2, p.402-416, Mai-Ago 2007.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Passando pela experiência do tratamento da tuberculose. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, out/dez. 2010.

TERRA, M.F; BERTOLOZZI, M.R. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, Ago. 2008.

TADESSE T. et al. Long distance travelling and financial burdens discourage tuberculosis DOTs treatment initiation and compliance in Ethiopia: a qualitative study. **BMC Public Health**, v.13, p. 424, 2013.

USHIE B.A.;JEGEDE A.S. The paradox of family support: concerns of tuberculosis-infected HIV patients about involving family and friends in their treatment. **AIDS Patient Care STDS.** v. 26, n.11, p.674-680, Nov.2012.

VAN DEN BOOGAARD J. et al. An exploration of patient perceptions of adherence to tuberculosis treatment in Tanzania. **Qual Health Res**. V.22, n.6, p.835-45, jun.2012.

VASCONCELOS ARF, CATÃO RMR. Prevalência da tuberculose pulmonar em pacientes atendidos na cidade de Delmiro Gouveia, AL. **Biofar Rev Biol Farm**.v. 9, n.2, p. 89-97, 2013.

VENDRAMINI, S. H. F et al.Tuberculose em município de porte médio do Sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v. 31 n.3, 2005.

YAZBEK, MC. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, Jun. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE I– Resultados da revisão sistematizada

Ano de Publicação/ Local do estudo	Título/Autores	Delineamento do estudo/ Objetivo Geral	População do estudo	Fatores que influenciam na adesão e não adesão
1 2013 Bandung/ Indonésia	Fatores de risco de abandono do tratamento entre os pacientes adultos com tuberculose na Indonésia. **Rutherford M.E. et al**	- Estudo de coorte - Identificar os fatores de risco de abandono.	-249 pacientes.	O apoio paciente pode vir a contribuir para redução da taxa de abandono.
2 2013 Lima/ Peru	A prestação e necessidade de apoio social entre pacientes adultos e pediátricos portadores de tuberculose em Lima, Peru: um estudo qualitativo. **Paz-Soldán V.A. et al**	- Estudo qualitativo - Compreender o papel do apoio social no bem-estar psicossocial do paciente durante o tratamento.	- 43 indivíduos: 27 adultos com TB e 16 pais de pacientes pediátricos com TB.	Os pacientes descreveram a necessidade de apoio psicossocial para atenuar a dificuldade de ir constantemente à clínica para tomar medicamentos, tendendo a outras responsabilidades familiares ou profissionais durante o tratamento, e enfrentar o estigma e isolamento social dentro de sua comunidade. Os membros da família na maioria das vezes contribuiu para atender a essas necessidades psicossociais, e também foram cruciais para o apoio económico aos pacientes enfrentados com despesas médicas pesadas ou que foram forçados a deixar seus empregos devido a estar em tratamento. A maioria dos profissionais de saúde foram descritos como os principais fornecedores de apoio emocional e incentivo para que os pacientes que aderem ao tratamento com sucesso, no entanto, havia um número seleto de médicos cujos "táticas de intimidação" para obter adesão aparentemente, desanimando alguns pacientes. Durante o processo de tratamento, os pacientes relataram terem se afastado dos contextos sociais em consequência de se sentir cansado de seus medicamentos, no entanto a maioria dos participantes também descreveu formação de novas amizades de apoio mútuo entre aqueles que também realizavam tratamento da TB.

3 2013 Mumbai/ Índia	"Eu choro todos os dias": experiências de pacientes co-infectados com HIV e tuberculose multirresistente**.** **Isaakidis P. et al**	- Qualitativo. - Entender os desafios dos pacientes em aderir ao tratamento para MDR-TB / co-infecção HIV dentro do contexto de suas circunstâncias de vida e acesso aos cuidados e apoio.	- 12 pacientes co-infectados / MDR-TB HIV, cinco cuidadores leigos e dez profissionais de saúde.	Cuidadores familiares foram fundamentais para a manutenção da saúde física e mental dos pacientes. Regimes de tratamento atuais e estratégias de casos de retenção? são recurso intensivo e exigem altos níveis de apoio da família e dos cuidadores leigos para incentivar a adesão do paciente e retenção nos cuidados.
4 2013 São Paulo/ Brasil	Experiências de vida de pacientes que completaram o tratamento da tuberculose: uma investigação qualitativa no sudeste do Brasil. **Dias A.A.et al**	-Abordagem qualitativa - Investigar as experiências psicossociais de pacientes que concluíram o tratamento da TB em São Carlos um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil.	- 15 pessoas, que completaram com sucesso o tratamento da TB.	O apoio emocional fornecido por famílias e profissionais de saúde foi considerado essencial para a adesão ao tratamento e finalização.
5 2013 Santiago, La Vega, San Cristóbal/ Republica Dominicana	Pacientes com tuberculose na República Dominicana enfrentam custos diretos e indiretos graves e necessitam de proteção social. **Mauch V.et al**	-Quantitativo descritivo, transversal. - Examinar os custos diretos e indiretos incorridos pelo novo, o retratamento, e TB multirresistente pacientes na República Dominicana antes e durante o diagnóstico e durante o tratamento.	- 200 pacientes.	O apoio material por meio do seguro de saúde que cobre os custos de TB internamento ou de ambulatório foi entendido como fundamental para evitar dificuldades financeiras relacionadas com a TB, visto que mesmo com a gratuidade do diagnóstico e tratamento da TB, estes não são suficientes para aliviar as restrições financeiras vividas por grupos vulneráveis como resultado da doença.
6 2013 Tijuana e Mexicali/ México.	Social, econômico e impactos psicológicos de tratamento de MDR-TB em Tijuana, México: perspectiva de um paciente. **Morris M.D.et al**	- Qualitativo - Entender o peso socioeconômico da doença MDR-TB e seu tratamento em pacientes em Tijuana e Mexicali, no México	- 12 pacientes inscritos em um programa de tratamento de MDR-TB.	Ser diagnosticado com MDR-TB e em tratamento impõe estresse psicológico, social e econômico significativo para os doentes. Elementos de apoio social ofertados pelo serviço ajudaram a aliviar problemas sociais.
7 2013 Sekondi-	Os sentimentos e as experiências dos pacientes com	-Estudo qualitativo com entrevistas com grupos focais e entrevistas	- seis grupos focais e 34 indivíduos	Alguns dos pacientes mencionaram que a relação com contatos e amigos foram muito favoráveis. No entanto, o gatilho para tal

Takoradi/ Gana	tuberculose no distrito de Sekondi-Takoradi Metropolitana: implicações para os esforços de controle da TB. **Dodor E.A.**	individuais - Explorar os sentimentos e as experiências de pacientes comTB , e destacar como o estigma TB pode afetar caso constatação e adesão ao tratamento.	com TB	atitude de apoio foi o melhoria dos sintomas da doença, em particular, ganho de peso, que acompanhou o tratamento da TB:
8 2013 Dabat/ Etiópia	Viajar longas distâncias e encargos financeiros desencorajar DOTs tuberculose início do tratamento e de conformidade na Etiópia: um estudo qualitativo **Tadesse T. et al**	-Estudo qualitativo fenomenológico. - Entender a perspectiva dos pacientes sobre o início do tratamento da TB.	-26 pacientes com TB.	O apoio das famílias e da comunidade foi considerado importante durante as fases intensivas de tratamento, devido a grande medida compensa a perda de rendimento. Apesar de TB causa medo e estigma, as pessoas compartilham recursos em tempos de crise, e acordos recíprocos fornecer a maioria dos pacientes com TB com um pouco de comida. Muitos pacientes recebem apoio de familiares e amigos próximos em espécie ou dinheiro para o transporte. O estudo concluiu que o apoio da família é identificado como o fator mais importante para influenciar a adesão ao tratamento, assim como pode aliviar os problemas econômicos e sociais dos pacientes.
9 2012 Estado de Cross River/ Nigéria.	O paradoxo do Apoio à Família: preocupações dos pacientes HIV-Tuberculose infectou cerca envolvendo a família e amigos em seu tratamento **Ushie B.A. e Jegede A.S.**	- Estudo transversal -.Compreender a ocorrência de circunstâncias sob as quais as pessoas infectadas podem ter preocupações sobre envolvendo a família e amigos em sua vida e como isso pode influenciar a sua adesão ao tratamento.	- 21 participantes sendo 8 membros da família, 6 amigos, de pacientes em tratamento da TB e 7 profissionais de saúde.	No geral, o apoio da família promove a adesão em pacientes coinfectados. O apoio da família e dos amigos, a este respeito foi considerado útil e bem apreciado, com o potencial de aumentar a confiança e o bem-estar da pessoa infectada. Familiares e amigos também podem ajudar os pacientes com a alimentação.
11 2012 Região de Tigray/ Etiópia	O resultado do tratamento de pacientes com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva em Tigray Region, Northern Etiópia.	-Retrospectivo. - investigar os resultados do tratamento da TB e resultados preditores do tratamento mal sucedido na região de Tigray da Etiópia.	407 pacientes.	Os pacientes com alto risco de um resultado desfavorável do tratamento devem ser identificados precocemente e dado um acompanhamento adicional e apoio social para o sucesso no tratamento.

	Berhe G, Enquselassie F, Aseffa A.			
12 2012 São Petesburgo/ Rússia	Incentivo alimentar para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso da TB entre os pacientes sem-teto na Rússia. **Garden B. et al.**	- Estudo qualitativo - avaliar o impacto dos incentivos dos alimentos sobre a adesão a TB ao tratamento medicamentoso entre pacientes com TB sem-teto.	- 142 pacientes sem-abrigo com TB.	O incentivo de alimentos apresentou forte impacto positivo sobre a adesão ao tratamento medicamentoso TB nesses pacientes socialmente marginalizados. O apoio social contribuiu para os resultados positivos encontrados no estudo.
13 2012 Lesoto/ África	Resultados da Atenção Integral para Crianças em tratamento para TB multirresistente em um cenário de alta prevalência do HIV. **Satti H. et al**	-Retrospectivo. -Descrever as características clínicas, o curso do tratamento, e os resultados finais em uma coorte de crianças tratadas de MDR-TB no Lesoto, utilizando um modelo de prestação de tratamento de base comunitária.	- 19 crianças com MDR-TB, com idades entre dois e 15 anos, que receberam tratamento.	O aconselhamento sobre MDR-TB e HIV, para pacientes e familiares assim como recebimento de suplementos alimentares, reembolso para o transporte relacionados com o tratamento, e outros tipos de apoio psicossocial, contribuiram no sucesso do tratamento.
14 2012 Nova Deli/ Índia	Combater a pobreza por meio de programas de controle de doenças: exemplos de controle da tuberculose na Índia. **Kamineni V.V. et al**	-Pesquisa participativa - Destacar as questões-chave relacionadas com o controle da TB e da pobreza.	-31 gestores de programas de TB.	A oferta de incentivos contribuiu na conclusão bem sucedida de tratamento.
15 2012 Sheffield/ Reino Unido	O significado e as consequências da TB entre as pessoas somalis no Reino Unido. **Gerrish K., Naisby A, Ismail M.**	-Etnografia - Conhecer o significado sociocultural e as consequências da TB entre as pessoas de origem somali que vivem no Reino Unido.	-104 participantes	O papel dos enfermeiros é importante na educação em saúde, como uma ação de apoio aos doentes com TB e suas famílias.
16 2012 Região Kilimanjaro, no norte da Tanzânia	Uma exploração de percepções de pacientes de adesão ao tratamento da tuberculose na Tanzânia. **Van den Boogaard J. et al**	-Qualitativo, -construir um modelo de comportamento teórico tratamento adesão com base na análise de conteúdo dos dados das entrevistas.	-50 pacientes adultos com TB em DOT de base comunitária	O apoio social foi percebido como um facilitador direto de adesão, e, além disso, o apoio social reforça a intenção do paciente de aderir ao induzir pressão social percebida. Assim, envolvendo um parente próximo ou cônjuge no tratamento de pacientes com TB, e fazer essa pessoa co-responsável para a adesão ao tratamento, tais como é feito em

				DOT de base comunitária programas podem ter um impacto positivo sobre a adesão ao tratamento.Como superação das barreiras percebidas para a adesão a presença do apoio de familiares e amigos, o uso de pistas de lembrete, e a presença de funcionários prestativos cuidados de saúde são citadas como facilitadores da adesão. Os participantes consideraram que o apoio social era um meio de ajuda financeira ou material, um meio de apoio emocional, ou uma forma de lembrá-los de tomar a medicação.
17 2011 Winnipeg/ Canadá	A adesão ao tratamento da tuberculose em populações aborígines canadenses, Parte 2: uma abordagem abrangente para promover o comportamento aderente. **Orr P.**	- Revisão da literatura. -Identificar as intervenções para eliminar os obstáculos à adesão TB estão focados no sistema de serviços de saúde e sobre o indivíduo.	- Bancos de dados eletrônicos (PubMed, PsychINFO, MEDLINE, Banco de Dados de Saúde indígena. Scopus, Science Citation Index Social)	As evidências indicam que os incentivos tais como o fornecimento de vales-alimentação ou alimentos, vales-transportes e dinheiro ter um impacto positivo na adesão ao tratamento da TB.
19 2010 Abeba/ Etiópia	Barreiras e facilitadores da adesão ao tratamento da TB em doentes tratados com TB concomitante e tratamento do HIV: um estudo qualitativo **Gebremariam M.K., Bjune G.A., Frich J.C**.	-Estudo qualitativo. - Explorar visualizações dos pacientes de cuidados de saúde e profissionais "sobre barreiras e facilitadores para o tratamento da TB adesão em pacientes com TB / HIV co-infectados em tratamento concomitante para a TB e HIV. Qualitativo;	-15 pacientes com TB / HIV co-infectados e nove profissionais de saúde e grupos focais com 14 pacientes co-infectados.	Dentre os fatores que influenciam positivamente na adesão ao tratamento da TB os autores apontaram o apoio das famílias e profissionais de saúde. Também acrescentam que a provisão de alimentos, apoio financeiro mínimo e aconselhamento podem facilitar a adesão.
20 2010 Lusaka/ Zâmbia	Barreiras e resultados: os doentes de TB co-infectados com HIV	- Estudo antropológico. -Explora como as famílias pobres em áreas rurais Zâmbia e peri-	-sete pacientes com diagnóstico	O estudo defendeu a oferta de suporte nutricional e outros tipos de apoios materiais (especialmente o transporte de fundos) para pacientes com TB co-infectados.

e Cidade do Cabo/ África do Sul	acessando terapia anti-retroviral na Zâmbia rural. **Chileshe M, Bond V.A.**	urbana África do Sul experimentar e responder a TB - ao lado alta prevalência de HIV e à insegurança alimentar.	recente de tuberculose co-infectados com HIV e seus seis famílias (uma casa tinha dois pacientes com TB)	
21 2010 Tajiquistão/ Ásia	'As despesas da família da doença durante as diferentes fases de tratamento da tuberculose na Ásia Central: uma pesquisa com pacientes no Tajiquistão **Ayé R, Wyss K, Abdualimova H, Saidaliev S**	-Estudo de coorte -Quantificar os custos domésticos de um episódio de TB no Tajiquistão, com especial atenção para o período de tempo, em que os custos foram incorridos.	-282 pacientes	O estudo sugere a adoção de estratégias de apoio como auxilio transporte e outros, principalmente no início do tratamento, quando a carga de custos é maior. Ainda acrescentaram que o fornecimento de suplementos alimentares para pacientes com TB pode contribuir para aliviar a carga econômica. No entanto, os resultados sugerem que estes devem ser entregues logo após o diagnóstico de TB.
22 2010 Santa Catarina/ Brasil	Passando pela experiência do tratamento para tuberculose **Souza, S.S.; Silva, D.G.V**	-Qualitativo. -Compreender os processos de apoio experienciados pelas pessoas com TB em um município prioritário no controle da doença em Santa Catarina.	- 16 pessoas comTB; Dois familiares; dois médicos; quatro enfermeiras; um odontólogo e um representant da coordenação estadual do Programa de Controle da TB.	A família e a equipe de saúde são fontes importantes de apoio à pessoa com TB, reconhecendo o envolvimento como um fator que contribui para completitude do tratamento, pois encontra nesses ambientes a possibilidade de compartilhar e enfrentar as dificuldades impostas pela TB.
23 2010 Ribeirão	Qualidade de vida de indivíduos com coinfecção HIV/TB no	-estudo descritivo de corte transversal -avaliar a qualidade de	**-115** individuos soropositivos	O suporte social foi citado como importante para amenizar consequencias negativas de eventos esteressantes, o apoio percebido por

Preto/ Brasil	município de Ribeirão Preto. **Neves, L.A.S**	vida de indivíduos com coinfecção HIV/TB e comparar com a qualidade de vida de indivíduos soropositivos para o HIV.	para o hiv	parte dos familiares e da rede de convivencia diminuiu o efeito do preconceito de ambas as enfermidades e afeta a qualidade de vida do individuo coinfectado. O tratamento oferecido pelo serviço de saúde, favorecendo o estabelecimento de vinculo entre o paciente e o profissional aumentando o nivel de informação do doente e facilitando o seu acesso do sistema de saúde e ausencia social.
24 2009 Rio de Janeiro/ Brasil	Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro **Cantalice Filho, JP**	**-** Estudo retrospectivo, de caráter comparativo. - Avaliar os efeitos da distribuição de cestas básicas para pacientes com TB no desfecho do tratamento em uma unidade primária de saúde.	**-** 142 pacientes de uma unidade primária de saúde.	O estudo concluiu que a intervenção de fornecimento de cestas básicas, aumentou significativamente a adesão ao tratamento. Sendo possível estimar o efeito benéfico de um incentivo simples como o alimentício nas taxas de alta por cura e abandono em uma unidade primária de saúde.
25 2009 Medellín/ Colombia	Percepções sociais do tratamento de comunicação e apoio recebido pela população residente de rua TB. **Álvares, MG; Correa, MA; Uribe, M.R**	**-**Qualitativo, fenomenológico. -Investigar as percepções sociais de comunicação de tratamento, apoio familiar e social de um grupo de moradores de rua com TB, que estavam em tratamento em um centro de bem-estar.	**-**23 pessoas.	O apoio familiar e social foi percebido como um fator determinante na recuperação TB.

ANEXOS

ANEXO I – Formulário estruturado I: caracterização dos doentes e o tratamento de tuberculose

Número do formulário: _____ Município: _____

Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ____/____/_____

Digitador: _____Data da digitação: ____/____/____ Local da coleta: _____

Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____

Recusa da entrevista ☐ Sim ☐ Não Justificar: _____

DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Fontes Secundárias: _____

1.	Iniciais do nome do entrevistado:	
2.	Forma Clínica da Tuberculose	1 ( ) Pulmonar
		2 ( ) Extrapulmonar (_____)
3.	Tipo de Caso	1 ( ) Novo
		2 ( ) Retratamento por Recidiva
		3 ( ) Retratamento por Abandono
		4 ( ) Retratamento por Falência
4.	Co-infecção TB/HIV	S ( )-Sim N ( )-Não ( )- Solicitado exame
5.	Tempo de Tratamento Medicamentoso (meses): _____	
6.	Outras doenças associadas: _____	

Fontes Primárias (entrevista)

7.	Sexo: 1-☐ Feminino 2-☐ Masculino							
8.	Idade:							
9.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou até o fim?	Sem escolaridade 1 ☐	Ensino Fundamental Incompleto 2 ☐	Ensino Fundamental Completo 3 ☐	Ensino médio 4 ( )	Ensino Superior 5( )		
10.	Na atual situação o(a) Sr(a) se considera:	Desempregado(a) 1 ☐	Empregado(a) 2 ☐	Autônomo 3 ☐	Do lar 4 ☐	Estudante 5 ☐	Aposentado 6 ☐	Afastado 7 ☐
11.	O local onde o(a) Sr(a) vive é:	1 ☐ Casa	2 ☐ Instituição (asilar/ abrigo)	3 ☐ Morador de rua				
12.	O(a) Sr(a) vive:	1 ☐ Sozinho	2 ☐ Familiares 2.1 Nº 2.2 Sexo 2.3 Idade	3 ☐ Outros: _____				
13	Qual sua Renda família?	R$	_____					

DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE			
14	Qual o nome do serviço que o(a) Sr(a):	1	Iniciou o tratamento da tuberculose? _____
		2	Atualmente faz o tratamento da tuberculose? _____
15	Onde o(a) Sr(a) pega o remédio da tuberculose:	1	( ) No serviço de saúde
		2	( ) Recebo em casa
		3	( ) Outro: _____
16	Quantas vezes o(a) Sr(a) pega ou recebe o remédio da tuberculose:_____		
17	Quem vê o(a) Sr(a) tomar a medicação da tuberculose?	1 ( ) Profissional da saúde	
		2 ( ) Familiares	
		3 ( ) Pessoas da comunidade	
		4 ( ) Ninguém	
FILTRO: se responder ninguém pular para a questão 18			
18	Quantas vezes *por semana* esta pessoa vê o(a) Sr(a) engolir o remédio da tuberculose? _____		
19	Qual o horário que geralmente o(a) Sr(a) toma o remédio da tuberculose? Este horário foi indicado pelo profissional S ( )-Sim N ( )- Não		
20	Qual o horário que o(a) Sr(a) gostaria de tomar o remédio da tuberculose? _____		

21	O(a) Sr.(a) recebe algum incentivo do programa de tuberculose?	1 □ Cesta Básica	2 □ Vale Transporte	3 □ Outros: _____	4 □ Não

22	O(a) Sr(a) faz tratamento supervisionado?	S ( )-Sim	N ( )-Não	NS ( ) – Não Sabe

As questões 22 a 24 referem-se ao Tratamento Supervisionado

FILTRO: responder somente se o entrevistado ingerir a dose supervisionada na presença de um profissional de saúde

23	Nome do serviço de saúde responsável pela dose supervisionada: _____			
24	Local de realização do Tratamento Supervisionado:	1 ( ) domicílio	2 ( ) Unidade de Saúde	3 ( ) Outro: _____
25	O(a) Sr.(a) é atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o Tratamento Supervisionado?	( ) sim	( ) não	

ANEXO II - Formulário estruturado II: Escala para análise do autocuidado do doente de tuberculose

Por favor, circule o número que mais encaixa a resposta

1	Como o(a) Sr(a) considera o seu conhecimento sobre a tuberculose 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muito ruim Regular Muito bom
2	Como o(a) Sr(a) considera o seu conhecimento sobre o tratamento da tuberculose 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muito ruim Regular Muito bom
3	O(a) Sr(a) procura informações sobre tuberculose em livros e/ou internet 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
4	O(a) Sr(a) participa das decisões do seu tratamento da tuberculose 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
5	O(a) Sr(a) vai às consultas agendadas do tratamento da tuberculose 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
6	O(a) Sr(a) toma os remédios da tuberculose conforme as orientações dos profissionais de saúde 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
7	O senhor se esforça para não interromper o tratamento medicamentoso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
8	O(a) Sr(a) procura o serviço de saúde quando tem dúvidas a respeito do seu tratamento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
9	O(a) Sr(a) identifica a melhora ou piora dos seus sintomas durante o tratamento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Nunca
10	O(a) Sr(a) sabe o que deve fazer se os seus sintomas piorarem

	0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
11	O(a) Sr(a) consegue dedicar um tempo para o cuidado da sua saúde 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
12	O(a) Sr(a) evita consumir cigarro 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
13	O(a) Sr(a) evita consumir álcool 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
14	O(a) Sr(a) incentiva seus familiares a procurar o serviço de saúde para realizar exames da tuberculose 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre
15	O(a) Sr(a) busca apoio para continuar o tratamento da tuberculose 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre Quem o apoia? ( ) Familiares ( ) Colegas do trabalho ( ) Amigos ( ) Profissionais de saúde ( ) Outros:_____ Que tipo de apoio? ( ) Emocional ( ) Financeiro ( ) Outros:_____
16	O(a) Sr(a) procura participar de alguma atividade em grupo, no serviço de saúde, na comunidade, ou outro. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Nunca Às vezes Sempre

ANEXO III - FORMULÁRIO ESTRUTURADO IV: MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA TUBERCULOSE

Por favor, circule o número que mais se encaixa na resposta

1	Com que frequência o Sr (a) esquece de tomar os medicamentos para a tuberculose?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Às vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2	Com que frequência o Sr (a) tomou a medicação fora do horário de costume?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Às vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3	Com que frequência o Sr (a) já deixou de tomar o medicamento para a tuberculose por ter se sentido melhor?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Às vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4	Com que frequência o Sr (a) já deixou de tomar o medicamento para a tuberculose, por sua vontade, por estar se sentido pior?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Às vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5	Com que frequência o Sr (a) tomou por conta própria uma quantidade maior ou menor de comprimidos para a tuberculose que o indicado?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Às vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6	Com que frequência o Sr (a) interrompeu o tratamento para a tuberculose por estar sem medicação?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Às vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7	Com que frequência o Sr (a) deixou de tomar os medicamentos para a tuberculose por alguma outra razão?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Às vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
	Por quê? _____					

ANEXO IV - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **"**Adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS: aspectos relacionados ao doente e serviço de saúde**"**. Ela tem como objetivo avaliar os aspectos dos doentes e serviços de saúde para a adesão ao tratamento de Tuberculose, na percepção do doente. Este estudo está sendo realizado por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Sua participação consistirá em responder a um formulário e/ou uma entrevista, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do formulário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar. A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;

A garantia de que meu tratamento não será prejudicado se eu desistir de participar da pesquisa.

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia assinada desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Pelotas, ___ de_____ de 2014.

_____

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração. Atenciosamente,

_____

Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

_____

Entrevistador

.....

CONTATO: Universidade Federal de Pelotas/ Faculdade de Enfermagem-
Campus Porto - Pelotas – RS.
Telefone para contato: 53- 3921.1527 / 3921.1428
e.mail: roxana_cardozo@hotmail.com

ANEXO V-Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adesão ao tratamento da tuberculose no município de Pelotas/RS: aspectos relacionados ao doente e serviço de saúde

Pesquisador: Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 13103813.0.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 216.822

Data da Relatoria: 18/03/2013

Apresentação do Projeto:

A Tuberculose (TB) é considerada uma emergência mundial pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), que se faz presente na história da humanidade desde a pré-história. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo bacilo de Koch, causador da doença, também se calcula que no ano de 2011, aproximadamente 8,7 milhões de novos casos de TB foram notificados, sendo 13% coinfectados por TB/HIV, e que 1,4 milhões de pessoas morreram por esta causa (cerca de um milhão soronegativas para o HIV, e 430.000 soropositivas) (WHO, 2012). No Brasil no ano de 2011, foram notificados 70 mil casos novos de TB sendo a quarta causa de enfermidades e a primeira causa de morte em pessoas com HIV (PAHO, 2012), no mesmo período apresentou incidência de 36/100.000 habitantes (BRASIL, 2012). O país possui a maior carga de TB da região das Américas e ocupa o 19º lugar entre os 22 países com maior carga TB em todo mundo (PAHO, 2012). O estado do Rio Grande do Sul (RS) apresenta uma incidência de 46,1/100.000 habitantes, maiorque a taxa nacional (BRASIL, 2012). Possui 15 municípios prioritários para as ações de controle da doença, a

saber: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão, sendo estes responsáveis pela notificação de 68% dos casos de TB ao ano, no RS. A capital Porto Alegre notifica 30% do total destes casos.

No município de Pelotas, a incidência da doença em 2010 atingiu 45,7 por 100 mil habitantes,

superior à media nacional no mesmo período (BRASIL, 2011). Em 2009, apresentou 174 casos novos de TB, taxa de mortalidade de 3,6 casos por 100.000 habitantes, cura de 83,25% e abandono de 4,4%. No contexto de controle da TB é necessária a articulação dos serviços de saúde procurados pelas pessoas com TB. Preconiza-se que essa trajetória dos mesmos se dê por sistema de referência e contra referência o que contribui para a efetivação da integralidade e para o atendimento das necessidades de saúde da população (FRATINI, SAUPE, MASSAROLI, 2008). Outro aspecto fundamental refere-se ao papel dos gestores municipais de saúde uma vez que, em virtude da descentralização da gestão para os municípios, espera-se que os serviços de saúde aproximem-se das necessidades dos cidadãos, de forma a ampliar espaços democráticos, a participação social e o poder local dos mesmos (SPEDO, TANAKA, PINTO 2009).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar a adesão das pessoas com tuberculose ao tratamento no município de Pelotas/RS.

Objetivos específicos.

Identificar o conhecimento e atitudes dos doentes de tuberculose para a adesão ao tratamento da TB.

Analisar os fatores associados à pessoa com tuberculose e ao serviço de saúde na adesão ao tratamentoda doença.

Medir a adesão dos doentes de TB ao tratamento medicamentoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos psicológicos e sociais, a medida que investiga eventos relacionados a experiência de adoecimento por doença crônica de grande impacto no contexto biopsicossocial do indivíduo e por se tratar de patologia estigmatizada.

Benefícios:

1,84% após a implantação do DOTS no município (NOGUEIRA et al 2006) . Mesmo com todos os benefícios evidenciados pela DOTS, a adesão das pessoas com TB ao tratamento apresenta-se como algo complexo com múltiplas interfaces relacionadas ao paciente, à modalidade do tratamento empregado e à forma de operacionalização dos serviços de saúde (FERREIRA, SILVA, BOTELHO, 2005).

Questões que interferem na adesão

relacionada às pessoas com TB foram encontradas em um estudo de natureza qualitativa que utilizou como referencial metodológico a História Oral Temática, realizado em João Pessoa ¿ PB. Foi concluído que a compreensão do processo saúde-doença como fenômeno social influência na adesão, devido o desconhecimento e crenças acerca da doença, dos hábitos prejudiciais à saúde,

com destaque para o etilismo como doença associada, e de problemas econômicos e sociais, como o desemprego (Sá 2007). Achados semelhantes também foram encontrados em um estudo de natureza quali-quantitativa, que procurou identificar os motivos associados à não adesão ao tratamento da TB, na percepção do usuário, em uma
Unidade de Saúde da Família do Recife. O trabalho mostrou que 77% dos usuários eram do sexo masculino, 84,6 % tinham apenas de 1 a 7 anos de estudo concluídos, 61,5% estavam desempregados ou inseridos no mercado de trabalho informal, 84,6% faziam o tratamento auto-administrados e 61,5% consumiam bebida alcoólica (OLIVEIRA,ANTUNES, 2012). Como fatores ligados à terapêutica Sá et al (2007) identificaram a presença de efeitos colaterais ou a referida melhora dos sintomas que gerou a ilusão da cura antes da conclusão do tratamento, o longo tempo de tratamento e a grande quantidade de comprimidos que devem ser ingeridos, foram considerados como fatores que influenciam a não adesão ao tratamento. Outro importante problema que interfere à não adesão ao tratamento está associado a organização dos serviços de saúde, o modo como a equipe de saúde se organiza, para desenvolver o seu trabalho, é determinante para promover a adesão da pessoa doente ao tratamento, conduzindo-a à alta por cura (SÁ et AL,2007). Os mesmos autores também afirmam que ¿em muitos casos, o paciente abandona o tratamento, porque foi abandonado
pelo serviço de saúde¿, o que significa que o serviço de saúde não teria tido êxito no acompanhamento do usuário. Como forma de contribuir para adesão ao tratamento, um estudo retrospectivo, de caráter comparativo realizado uma unidade primária de saúde da cidade de Duque de Caxias, RJ, avaliou os efeitos da distribuição de cestas básicas em dois grupos divididos entre 142 pessoas com TB que receberam e não receberam cestas básicas e o desfecho do tratamento. Os resultados revelaram um aumento na taxa de cura (69,7% vs.
87,1%) e uma acentuada redução na taxa de abandono (30,3% vs. 12,9%) com o fornecimento de cestas básicas, sendo que esta estratégia poderia ser útil para aumentar a adesão ao tratamento da TB (CANTALICE FILHO, 2009). Em vista das diferentesquestões que interferem ou contribuem à aderência das pessoas com TB ao tratamento, a adesão é um ponto fundamental para êxito no tratamento e quebra do ciclo de transmissão da doença, para diminuir a mortalidade e as taxas de recidiva, e para evitar o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes. Para ampliação da adesão precisa-se ampliar ações para além da ingesta da medicação, a fim de integrar o cuidado do doente a partir de suas necessidades, transcendendo aquelas restritas à dimensão biológica (TERRA ,BERTOLOZZI, 2008) . Como forma de transpor tais obstáculos, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos para uma relação humanizada entre o profissional e o paciente, que permita a ambos compreenderem o contexto da enfermidade, passando a serem coresponsáveis pelo êxito do tratamento. Isto faz

com que os profissionais, num ambiente de compromisso e respeito, direcionem o olhar para indivíduo, família e comunidade (OLIVEIRA, ANTUNES, 2012) Sendo a adesão ao tratamento influenciada por diversos fatores já mencionados anteriormente o presente estudo possui a intenção de contribuir para compreensão de como se configura a
adesão ao tratamento da TB no município de Pelotas/RS, tendo como foco os aspectos do doente de TB em tratamento, e os aspectos envolvidos com os serviços de saúde e
adesão do doente ao tratamento medicamentoso. Espera-se também que o estudo auxilie na formulação ou reformulação de novas estratégias para conseqüente melhoria da adesão dos doentes ao tratamento da TB.
Tamanho da Amostra no Brasil: 160
Este estudo possui a intenção de contribuir para compreensão de como se configura a adesão aotratamento da TB, tendo como foco os aspectos
da pessoa com TB em tratamento, e os aspectos envolvidos com os serviços de saúde e adesão do doente ao tratamento medicamentoso. Esperase
também que o estudo auxilie na formulação ou reformulação de novas estratégias para conseqüente melhoria da adesão dos doentes ao
tratamento da TB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Nenhuma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Nenhuma.

Recomendações:
Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Nenhuma

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
A Instituição EERP-USP apontada inicialmente como co-participante passa a ser colabora da pesquisa desenvolvida em Pelotas.

PELOTAS, 12 de Março de 2013

Assinador por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522 **E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br