



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SANANDA KAYRONE MACIEL BRAGA**

**ESTIGMA, PRECONCEITO E ADESÃO AO TRATAMENTO: REPRESENTAÇÕES**  
**SOCIAIS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE**

**CAJAZEIRAS - PB**

**2017**

**SANANDA KAYRONE MACIEL BRAGA**

**ESTIGMA, PRECONCEITO E ADESÃO AO TRATAMENTO: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, como requisito obrigatório e parcial à obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva

**CAJAZEIRAS - PB**

**2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

B813e Braga, Sananda Kayone Maciel.  
Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: representações sociais de  
pessoas com tuberculose / Sananda Kayrone Maciel Braga. - Cajazeiras,  
2017.  
45p.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Cícera Renata Diniz Vieira Silva.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Tuberculose. 2. Saúde pública. I. Silva, Cícera Renata Diniz Vieira.  
II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de  
Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-002.5

SANANDA KAYRONE MACIEL BRAGA

**ESTIGMA, PRECONCEITO E ADESÃO AO TRATAMENTO: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE**

Aprovado em: 19/04/2017

**BANCA EXAMINADORA**

*Cícera Renata Diniz Vieira Silva*

Prof<sup>a</sup>. Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva  
Orientadora – ETSC/UFCG

*Luciana Moura de Assis*

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Moura de Assis  
1<sup>o</sup> membro – UAENF/CFP/UFCG

*Fernanda Formiga Flávio*

Prof<sup>a</sup> Esp. Fernanda Formiga Flávio  
2<sup>o</sup> membro – UAENF/CFP/UFCG

*Dedico essa pesquisa a Deus por me manter firme durante toda essa caminhada, pelas bênçãos sem fim, luz, sabedoria e proteção. Aos meus pais Maria de Fátima de Sousa e Idelberto Gonçalves Braga por todo amor transmitido e apoio aos estudos; a minha avó Maria Nilza por toda preocupação e incentivo para com minha formação; a minha irmã Krys Maciel e sobrinhos por toda união e afeto; ao meu namorado Wallace Brito pelas palavras de conforto e compreensão; a minha madrinha Kellynne Maciel pela colaboração no meu desempenho enquanto acadêmica; a minha professora e orientadora Cícera Renata pela dedicação, atenção e paciência que tornaram possível a conclusão deste trabalho; as amizades construídas e a todas as pessoas que permitiram e contribuíram para a concretização desse sonho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Obrigada Senhor, pela tua presença constante ao meu lado, por toda força renovada a cada dia, por me manter firme nas dificuldades diárias. Tu és à minha paz e o meu refúgio. Agradeço-te Pai, por me proporcionar tamanha felicidade, a de concluir um curso superior.

À minha família que sempre se mostraram confiantes, por todo apoio e estímulo que levaram a concretização dos meus sonhos, e em especial de ser enfermeira.

Aos meus prezados amigos que em todos os momentos dessa trajetória se fizeram presentes, em especial a Iane Karina, Thaianne Oliveira, Thaline Ingrid e Constantino Vieira, pois os levarei para sempre em meu coração.

Ao meu namorado que me incentivou durante toda minha caminhada, sempre me compreendendo quando mais precisei, com palavras de amor para seguir sem fraquejar.

A enfermeira Kennya Formiga pelo belo exemplo de profissionalismo e humanização, pois tive o prazer de tê-la como supervisora durante o Estágio Curricular do Supervisionado I, experiências essas que levarei para a vida cidadã e profissional.

Aos professores colaboradores com meu aprendizado, pela orientação e por toda dedicação, tendo o meu respeito e admiração para com todos.

Agradeço carinhosamente a cada um por contribuírem com a minha caminhada num sonho que compreende a vontade de ser uma profissional humanizada, na busca por melhorias na assistência promovendo saúde com qualidade.

BRAGA, S.K.M. **Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: Representações sociais de pessoas com tuberculose**. 45 pags. Monografia (Graduação) – Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Cajazeiras – PB, 2017.

## RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que atinge principalmente os pulmões, mas que também pode comprometer outros órgãos e sistemas. O Brasil segue o que preconiza a Organização Mundial da Saúde no que refere às prioridades relacionadas ao diagnóstico precoce, e ao cumprimento do tratamento de forma adequada. Uma vez que as questões psicológicas trazem prejuízos relevantes para a saúde da população, é conivente trabalhar nessa perspectiva sobre a sua influência para com a tuberculose, que ainda carrega estereótipos no imaginário de diferentes povos. Dessa forma, pretendeu-se apreender os sentidos e vivências do estigma e preconceito percebidos pelos indivíduos que tem ou já tiveram tuberculose, bem como a adesão ao tratamento, inserido neste contexto. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. A população do estudo foi composta por indivíduos notificados com tuberculose, residentes no município de Cajazeiras – PB. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, orientadas por um guia com dados de identificação e questões acerca da representação social da tuberculose. Os resultados foram analisados à luz da análise de conteúdo temática e teoria das representações sociais. Todos os aspectos éticos que constam na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. O sucesso no tratamento de doenças negligenciadas, transmissíveis e daquelas que enfrentam preconceito como a TB dependem de como os sujeitos com o agravo são acolhidos no convívio familiar, social e como são abordados na unidade de saúde no momento do diagnóstico e durante todo tratamento. É urgente a necessidade de fortalecer o compromisso dos serviços de saúde com os sujeitos visando seu bem estar, para que estes não culminem na interrupção do tratamento, reduzindo a resistência aos medicamentos e a melhor adesão ao tratamento.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Representações sociais; Saúde pública.

**BRAGA, S.K.M. Stigma, prejudice and adherence to treatment: Social representations of people with tuberculosis.** 45 pags. Monography (Undergraduate) - Bachelor of Nursing. Federal University of Campina Grande  
– UFCG, Cajazeiras – PB, 2017.

### **ABSTRACT**

Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, which mainly affects the lungs but can also compromise other organs and systems. Brazil follows the recommendations of the World Health Organization regarding priorities related to early diagnosis and compliance with treatment in an adequate way. Since the psychological issues bring significant harm to the health of the population, it is conniving to work on this perspective on its influence on tuberculosis, which still carries stereotypes in the imaginary of different peoples. In this way, it was tried to apprehend the senses and experiences of the stigma and prejudice perceived by the individuals who have or already had tuberculosis, as well as the adherence to the treatment, inserted in this context. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. The study population consisted of individuals with tuberculosis who were living in the municipality of Cajazeiras - PB. Data were obtained through semi-structured interviews, guided by a guide with identification data and questions about the social representation of tuberculosis. The results were analyzed in light of the thematic content analysis and the theory of social representations. All ethical aspects contained in Resolution 466/2012 of the National Health Council were respected. Success in treating neglected, communicable diseases and those facing prejudice such as TB depends on how the subjects with the disease are accepted in the family and social life and how they are approached in the health unit at the time of diagnosis and throughout treatment. There is an urgent need to strengthen the commitment of the health services with the subjects aiming at their well being, so that they do not lead to interruption of treatment, reducing resistance to medication and better adherence to treatment.

Key-words: Tuberculosis; Social representations; Public health.



## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DOSTS	DirectlyObservedTreatment-Short
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Paraíba
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBDR	Tuberculose Multidroga Resistente
TBXDR	Tuberculose Extensivamente Resistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	12
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	12
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
3.1	HISTÓRIA DA TUBERCULOSE.....	13
3.2	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	14
3.3	TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	15
3.4	BASES TEÓRICAS: ESTIGMA PRECONCEITO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	16
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	18
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	18
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	18
4.4	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	19
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	19
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	20
4.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	20
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>APÊNDICE A</b>	
	<b>APÊNDICE B</b>	
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>ANEXO A</b>	
	<b>ANEXO B</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que atinge principalmente os pulmões, mas que também pode comprometer outros órgãos e sistemas. A forma pulmonar é a mais frequente e apresenta maior preocupação para a saúde pública, pois é a responsável pela disseminação da doença (BRASIL, 2014).

Diante do cenário vivido no século XXI e mesmo com todos os avanços para o controle das doenças transmissíveis, a TB ainda persiste como um sério problema de saúde pública por representar uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2016).

O Brasil ocupa a 18ª posição e representa 0,9% dos casos estimados no mundo e 33% dos estimados para as Américas. Houve queda na incidência de casos de tuberculose em 20,2%, passando no ano de 2006 de 38,7 casos/100 mil habitantes para 30,9 casos/100 mil habitantes em 2015. Com relação à taxa de mortalidade, 2004 registrou 2,6 óbitos para cada 100 mil habitantes, enquanto 2014 reduziu para 2,2. Já o número de casos novos nos últimos 10 anos reduziu para 12,5%, caindo de 72.213 em 2006 para 63.189 casos em todo o país, em 2015 (BRASIL, 2016). No Estado da Paraíba foram notificados 382 casos de TB em 2016 segundo dados emitidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Porém, mesmo com a redução das taxas, ainda há este quantitativo significativo no cenário local.

As estratégias usadas para o controle do agravo são relevantes, mas muitas vezes ineficazes. Associa-se a essa situação às falhas no próprio programa de controle da TB, que resultam nos frequentes abandonos terapêuticos, no uso errôneo dos medicamentos que podem ter ligação com suas reações adversas, longa duração do tratamento, a melhoria dos sintomas nos primeiros meses de tratamento a resistência para o comparecimento às unidades de saúde e a não aceitação da doença (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010).

As características trazidas com a doença perduram até os dias atuais, pois mesmo com todos os avanços na saúde que evidenciam 100% a cura da doença, ela ainda representa umas das doenças mais temidas por todos os povos. Marcada por um forte estigma, tabus e crenças de natureza simbólica, fazem as pessoas sofrerem não só pelos sinais e sintomas decorrentes da doença, mas também pela possibilidade de vivenciar preconceitos, e serem excluídos de seus relacionamentos sociais (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010).

O interesse de trabalhar essa temática se deu pelas experiências vivenciadas em campo de estágio durante toda trajetória acadêmica, nas quais atitudes preconceituosas foram presenciadas aos pacientes com a enfermidade. Uma vez que as influências internas e externas podem trazer prejuízos para a saúde da população, é conveniente trabalhar nessa perspectiva considerando a relevância do tema para o controle do agravo, trazendo maior contribuição para o conhecimento das causas da baixa adesão ao tratamento, como também colaborar para futuras pesquisas e estudos.

Diante do exposto, segue a questão que norteou este estudo: O preconceito enfrentado pelo paciente com o agravo tem contribuição negativa para a adesão terapêutica?

Dessa forma, pretendeu-se apreender os sentidos e vivências do estigma e preconceito percebidos pelos indivíduos que tem ou já tiveram tuberculose, bem como a adesão ao tratamento, inserido neste contexto.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar as representações sociais dos sujeitos acometidos pela tuberculose acerca da vivência do preconceito e estigma atrelados à doença.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer as questões relativas ao comportamento dos indivíduos com relação ao fenômeno patológico.
- Compreender as formas de preconceitos sofridas pelos sujeitos e seu sentimento em relação à tuberculose.
- Verificar se a experiência vivida do preconceito interferiu na adesão ao tratamento para a tuberculose.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 HISTÓRIA DA TUBERCULOSE

Desde tempos remotos até os dias atuais, a Tuberculose (TB) no Brasil e no mundo marca a vida do homem, principalmente quando se trata de uma realidade vivida nos finais do século XIX e início do século XX, quando metade dos indivíduos com a doença não obtinham a cura e vinham a óbito. Todavia, a sua confirmação só pode ser sólida com a descoberta de Koch, em 1882, do *Mycobacterium tuberculosis* como agente causador (HIJJARI et al., 2007).

Os primeiros casos da “peste branca”, assim conhecida, foram registrados nos humanos em evidências presentes em múmias egípcias, a partir de estudos realizados em achados arqueológicos e históricos, há mais de 5000 anos a. C., onde foram registradas anormalidades características do comprometimento vertebral pelo agravo (o mal de Pott), bem como a presença de tecidos apresentando o DNA do *Mycobacterium tuberculosis*. (MACIEL et al., 2012).

No Brasil, do século XVIII até meados do século XIX, a patologia era vista como algo admirável e romântico, que aos olhos dos intelectuais e artistas o fascínio pelas características trazidas pela doença era transmitido em suas obras (PORTO, 2007). Apenas no século XX ela passou a ser considerada como um preocupante problema de saúde pública, passando a ser vista não mais como um mal da alma, mas como um mal social, em consequência de sua persistência e propagação, principalmente entre as populações mais desfavorecidas (NASCIMENTO, 2005).

Nessa época, quando o agravo liderou as outras epidemias, o governo se preocupou com sua disseminação e construiu uma medida sanitária que intervisse sobre a doença, tentando controlá-la. Frente a essa problemática, em 1902, a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) estabeleceu que a TB compreenderia uma doença de notificação compulsória e que todos os doentes para o seu tratamento deveriam ser submetidos ao isolamento em sanatórios, sendo que o Estado não apresentava suporte para atender tamanha demanda. No início da década de 1920, criou-se o primeiro serviço oficial para o controle da enfermidade, a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose (BASTA, 2006).

Em 1927 sob supervisão da Liga Brasileira contra a tuberculose, como forma de prevenção da doença a vacinação com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) passou a ser

administrada em recém-nascidos. Em seguida, em 1930, na formação de profissionais da área da saúde, incluiu-se o estudo da Tisiologia como ação de controle da TB (MACIEL, 2012).

Sob influência da declaração de urgência mundial sobre a doença, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) criou um plano emergencial de combate ao agravo na tentativa de controlar a sua disseminação, sendo concretizado apenas no ano de 1996. Em 1998 o Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT) abrangia as seguintes diretrizes: o MS seria o responsável pelo estabelecimento de normas, pedido e abastecimento dos medicamentos, pela coordenação do sistema de informação, o devido apoio aos estados e municípios e pela articulação intersetorial. O PNCT e as ações do MS seguem até os dias atuais com medidas que visam assistir os casos identificados, realizando o diagnóstico da doença e garantindo o tratamento supervisionado de maneira adequada e eficiente (BARBOSA et al., 2013).

### 3.2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE

A Tuberculose (TB) permanece afetando milhões de vidas todos os anos no mundo, com 9,6 milhões de casos novos e 1,5 milhões de mortes em 2014. As formas resistentes da doença representam um impasse para a saúde global, pois a tuberculose multidroga resistente (TBDR) apresenta uma estimativa de 480.000 casos novos e 190.000 mortes e a extensivamente resistente (TBXDR) foi referida em 105 países em 2014. O paciente com TBDR apresenta resistência a pelo menos dois dos medicamentos que fazem parte do esquema básico do tratamento, podendo ter como causa: sexo, suscetibilidade genética, ocupação, tratamento anterior, situação socioeconômica, coinfeção com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) (BRASIL, 2016).

Para Pedro e Oliveira (2013) a persistência do agravo está relacionada às desigualdades socioeconômicas e ao estado de saúde geral da população, quando comparada às falhas nas estratégias lançadas pelos programas de controle dessa doença, ou seja, as questões relacionadas às condições que afetam a qualidade de vida são mais favoráveis para a propagação da TB do que as fragilidades encontradas nos programas que atendem essa demanda.

Maciel e Sales (2016) apontam que existem duas medidas eficazes para o seu controle, que consistem em diagnosticar precocemente e tratar adequadamente os casos bacilíferos principalmente, por serem responsáveis pela disseminação da doença. No Brasil, as estratégias da Política Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) trazem resultados

positivos para a diminuição das taxas de morbidade e mortalidade. Destarte, ainda apresentam necessidades de melhorias em seus resultados, já que o Brasil ainda está entre os 22 países com maior índice de casos da doença.

De acordo com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) a respeito das taxas de incidência em 2015 apresentam respectivamente a Região Norte: 38,9; Região Nordeste: 31,0; Região Sudeste: 37,1; Região Sul: 28,8; Região Centro-oeste: 21,3. A Região Nordeste posiciona-se em segundo lugar nesse ranque. Segundo informações contidas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), 21.958 casos foram notificados nas capitais brasileiras. Sendo que a capital da Paraíba, João Pessoa, apresentou 201 casos notificados e o município de Cajazeiras, em 2016 registrou 33 casos (BRASIL, 2016).

Para metas pós-2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como visão de futuro “Um mundo livre da tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença”. Para o alcance desse compromisso, em alusão ao Dia Mundial de Luta Contra a Tuberculose – 2015, a Stop TB Partnership lançou o tema “Alcançando os 3 milhões de casos não detectados: rastrear, tratar e curar a todos”. O movimento busca eliminar o agravo como problema de Saúde Pública, num envolvimento político e social (BRASIL, 2015).

### 3.3 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

A enfermidade apresenta a possibilidade de cura em 100% dos casos novos, quando a pessoa é sensível aos medicamentos antiTB, segue os princípios básicos do tratamento, no que refere a associação medicamentosa adequada, doses corretas e uso por tempo suficiente, numa apropriada operacionalização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (BRASIL, 2014). Uma vez realizando o tratamento de forma satisfatória, a persistência bacteriana é evitada e o desenvolvimento de resistência aos fármacos também, possibilitando dessa forma a cura da Tuberculose (TB). Todavia, o tratamento dos bacilíferos é fundamental para o controle da doença, já que a tomada da medicação cessa a cadeia de transmissão (BRASIL, 2011).

A Directly Observed Treatment-Short Course (DOTS) foi uma estratégia criada em 1993, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quando a doença foi declarada emergência mundial (NOGUEIRA et al., 2006). O TDO corresponde a um dos cinco pilares regidos por essa estratégia, que em 1996 foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS) como ferramenta para melhorias nos resultados relacionados do agravo (OLIVEIRA et al., 2015).



A operacionalização do TDO consiste na ingestão da medicação todos os dias na fase de ataque e pelo menos três vezes por semana na fase de manutenção, sendo supervisionada por profissionais da saúde ou pessoa capacitada sob orientação do profissional. Para isso, é necessário comprometimento dos gestores locais, dos profissionais da saúde e da população para que haja a facilitação da adesão ao tratamento e diminuição dos riscos de abandono (BRASIL, 2011).

Em consequência do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 2001, as medidas de controle da tuberculose passaram a ser cumpridas pelos municípios e tornaram-se obrigações da gestão municipal, em 2006, através do Pacto pela Saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

No Brasil, em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estabelece o esquema básico de tratamento da TB de acordo com o que é estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em doses fixas e combinadas dos 4 medicamentos: rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e o etambutol (E) para adolescentes e adultos, para as crianças menores de 10 anos recomenda-se o esquema básico 2RHZ. Sendo o TDO realizado na unidade de saúde mais próxima ou na própria residência do paciente, a depender de suas condições de saúde e conforme acordo com sua família e/ou acompanhantes, sobre supervisão do profissional de saúde (BRASIL, 2011).

O esquema básico deve ser ofertado para os casos novos da doença que nunca usaram a medicação ou que usaram por menos de 30 dias, é indicado para TB pulmonar e extrapulmonar, incluindo os pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV) e no retratamento, porém nos casos de repetição do tratamento deve ser realizado cultura, identificação e teste de sensibilidade. Na forma de meningoencefalite tuberculosa, associa-se corticosteróide ao esquema anti-TB: prednisona oral (1-2 mg/kg /dia) por quatro semanas ou dexametasona intravenoso nos casos graves (0.3 a 0.4 mg /kg /dia), por 4-8 semanas, com desmame da dose nas quatro semanas subsequentes (SES, 2010).

### 3.4 BASES TEÓRICAS: ESTIGMA, PRECONCEITO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As condições que fogem dos padrões considerados normais para a sociedade contribuem para o desenvolvimento do estigma. Soares et al. (2011) afirmam que o estigma está representado de duas maneiras: uma relacionada ao público que constrói concepções sobre um sujeito que venha apresentar características físicas ou pessoais inaceitáveis, levando à desvalorização deste; e o estigma internalizado que ocorre à medida que o indivíduo em

condição estigmatizante torna-se consciente dos estereótipos negativos sobre sua situação, concorda com eles e os aplica a si próprio.

Logo, o estigma resulta em consequências negativas a pessoa e/ou grupos, que ficam sujeitos a enfrentar preconceito/discriminação, pois como Silva (2010) afirma, a discriminação ocorre justamente quando essa atitude ou esse ato-pensamento cria uma distinção entre os outros ou sobre os outros; gera, então, um tratamento diferencial e, em seguida, um preconceito, que podem está presentes na exclusão social e em atitudes agressivas. O preconceito por sua vez, é difundido nas sociedades e passam a fazer parte da cultura de um povo através de estereótipos.

Segundo Moscovici (2003), as representações sociais mudam conforme as influências sofridas pelo meio e pelo conhecimento prévio de cada indivíduo. No entanto, para Tura e Moreira (2005) o conhecimento sofre alterações conforme o passar dos anos, mas que os diferentes povos apresentam resistências em aceitá-las. Dessa forma, há a persistência de conceitos que a priori fazem parte de suas crenças, mitos e opiniões.

As representações sociais para Silva, Camargo, Padilha (2011) são compreensões sociais que fazem parte de uma realidade estabelecida nas concepções individuais ou de um grupo, que são construídas a partir de suas experiências, vivências e observações. Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais (TRS) reconhece o valor da construção do processo do conhecimento subjetivo do indivíduo enquanto fator determinante para o seu desenvolvimento no cotidiano através de suas expressões de comunicação e comportamentos.

No entanto, trabalhar com a TRS nas pesquisas de enfermagem com foco no cuidado possibilita uma melhor compreensão do sujeito já que ela permite conhecê-lo diante do meio inserido analisando suas concepções, condutas e consequências, para que através desses subsídios seja aplicado um melhor plano terapêutico baseado nas necessidades do outro (FERREIRA, 2016).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008) a pesquisa de caráter exploratória consiste de uma investigação mais ampla sobre determinado fato, com a finalidade de criar e aperfeiçoar conceitos a respeito de problemas e/ou hipóteses averiguáveis para estudos posteriores.

A linha da pesquisa descritiva visa expor com maior precisão a frequência com que um fenômeno ocorre, sua associação e ligação com outros, sua natureza e características. Também abrange as diferentes relações individuais e coletivas do comportamento humano no meio social, político e econômico (SEVERINO, 2007).

Ademais, a pesquisa qualitativa tem a intenção de responder pontos muito particulares, a um grau de realidade que não se quantifica. Todavia, ela se pauta no que configura a extensão de significados, aspirações, motivos, crenças, valores e atitudes, o que constitui a um campo mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Arelada a Teoria das Representações Sociais, a pesquisa qualitativa, busca alcançar seus objetivos compreendendo a relação construída entre o homem e o meio ambiente (MINAYO, 2008).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras, que está situada na região oeste do estado da Paraíba. Distante da capital estadual, João Pessoa, 468 km. O município ocupa uma área territorial de 565,899 km<sup>2</sup>, com uma população de 58.446 habitantes (IBGE, 2010).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade foram os lócus da pesquisa, através das quais foram feitos os contatos iniciais com os sujeitos da pesquisa. Cajazeiras soma 23 equipes de Saúde da Família em funcionamento, sendo realizado em 05 (cinco) destas unidades as entrevistas com os pacientes.

### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população do estudo foi composta por indivíduos notificados com tuberculose, residentes no município de Cajazeiras – PB. Segundo o Sistema de Informação de Agravos de

Notificação (SINAN), que no intervalo de cinco anos (2012 - 2016), foram confirmados 88 casos de TB no município. Destes, 33 foram notificados em 2016.

Como a pesquisa é de cunho qualitativo, não houve cálculo amostral prévio, sendo realizadas entrevistas até a saturação teórica dos resultados, ideias e sentidos, proposta por Glaser e Strauss (2006). Contudo Foram entrevistados sete indivíduos.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão foram: Ser adulto (maior que 18 anos), residir em Cajazeiras, ter sido notificado e diagnosticado laboratorialmente com tuberculose, estar em tratamento ou pelo menos ter iniciado algum esquema terapêutico para tuberculose, possuir função cognitiva preservada (que possibilite a compreensão da pesquisa) e aceitar participar do estudo.

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os sujeitos da pesquisa foram contatados a partir da identificação dos mesmos nas Unidades de Saúde da Família, com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Após o contato inicial com a pesquisadora, os sujeitos foram convidados a participarem de uma roda de conversa sobre tuberculose nas Unidades de Saúde, e nesta oportunidade, foram convidados para o estudo, seguido com agendamento da data para a realização da entrevista, conforme a disponibilidade dos mesmos.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada. O instrumento de coleta de dados está organizado em duas partes: identificação dos entrevistados, que visa a caracterização dos sujeitos do estudo e representações da tuberculose, composta por questões voltadas para obter os relatos sobre a doença, focalizando o viver com tuberculose (APÊNDICE A).

As entrevistas foram realizadas individualmente, no período de janeiro a fevereiro de 2017, em local reservado, com duração média de 10 a 15 minutos cada, sendo gravadas, com a autorização dos entrevistados e posteriormente, transcritas. A colaboração dos enfermeiros e ACS foi fundamental nesse momento da pesquisa, já que eles dispunham conhecimento sobre cada paciente de maneira particular e os agendamentos das entrevistas aconteciam por meio deles, todavia algumas dificuldades foram encontradas ao longo da coleta de dados, como o

difícil acesso aos pacientes, pacientes em situação de risco e que ofereciam risco a população, a própria negação do diagnóstico e as dificuldades com locomoção da pesquisadora.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi efetuada com base na análise de conteúdo temática, que consiste nas seguintes etapas, segundo Bardin (2006):

- Pré-análise: incluiu a transcrição das entrevistas, leitura do material para uma primeira aproximação com a estrutura e descoberta das orientações gerais para análise.

- Exploração do material: as entrevistas foram lidas várias vezes para apreensão dos elementos contidos nas falas. Foi realizada a codificação das entrevistas, de modo a apreender os elementos que integravam as representações, estabelecendo um conceito capaz de abranger os elementos e ideias agrupadas e elaborando as categorias que convergem para o tema central.

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os dados foram discutidos e interpretados à luz do referencial teórico das representações sociais. Nessa etapa procura-se captar o conteúdo subjacente ao que estava sendo manifesto, num processo de apreensão do significado das falas dos sujeitos do estudo.

A interpretação dos resultados teve como referência a Teoria das Representações Sociais, que de acordo com Moreira e Camargo (2007), trata da produção dos saberes sociais, centrando-se na análise da construção e transformação do conhecimento social para elucidar como a ação e o pensamento se interligam na dinâmica social.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que todas as pesquisas que envolvem seres humanos devem respeitar os seus aspectos éticos e legais, o estudo seguiu o que está estabelecido na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, a qual preconiza que a pesquisa deva assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Além de assisti-lo de forma imediata e integral, esclarecendo-os sobre suas dúvidas e relevância para com a finalidade da pesquisa, promovendo o seu bem-estar.

Respeitando a integridade humana, a pesquisa seguiu com consentimento livre e esclarecido dos participantes, podendo a qualquer momento negar a sua colaboração para a pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), consiste de um documento

contendo informações claras e explicativas sobre a pesquisa, na qual o participante assinou consentindo a sua participação como membro da pesquisa (APÊNDICE B).O presente estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Campina Grande (Hospital Universitário Alcides Carneiro), obtendo aprovação, com número de CAAE:62594616.6.0000.5182. Somente após o parecer favorável, os dados foram coletados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos entrevistados evidencia as seguintes características: 57% são do sexo masculino e está na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade, 71,4% cursou até o ensino fundamental. Houve predomínio de indivíduos solteiros (85,7%), sem profissão em 57% dos casos e os demais, com profissões informais. 85,7% estavam no momento da entrevista em tratamento, classificados como casos novos de tuberculose e 57% relataram a ocorrência da doença no núcleo familiar.

De acordo com a questão norteadora da pesquisa: “O preconceito enfrentado pelo paciente com o agravo tem contribuição negativa para a adesão terapêutica?”, construiu-se cinco categorias de análise, sendo elas: **Categoria 1** - Vivendo com a tuberculose: Concepções sobre a doença; **Categoria 2** - O contexto familiar e social; **Categoria 3** - A dor que mais dói: O afastamento; **Categoria 4** - O tratamento e suas dimensões particulares; **Categoria 5** - O (des)apoio dos serviços de saúde.

### 5.1 CATEGORIA 1 – VIVENDO COM A TUBERCULOSE: CONCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA

Esta categoria evidencia a percepção dos indivíduos acerca de estar doente com tuberculose (TB), trazendo à tona concepções, sentimentos e experiências. Nela, emergiram algumas unidades temáticas: I) Relacionada ao senso comum; II) Associada a uma fase de reconhecimento de si; III) Ligada à incapacidade física/sentimento de tristeza.

Com relação ao conhecimento sobre as causas da doença, muitas pessoas desconhecem a verdadeira etiologia e prevalece o senso comum, como nos relatos:

“Essa doença foi transmitida por falta de alimentação... Ela acontece depois de uma gripe mal curada” (Sujeito 2)

“... Eu busquei me informar o que era pneumonia, se ela poderia se agravar e causar a tuberculose” (sujeito 4)

“Eu nunca imaginei que isso fosse dar em mim ou alguém na minha idade, eu pensava que dava sempre em gente mais velha” (sujeito 7)

Sobre as formas de conhecimento e da construção dos saberes sobre a TB, Freitas et al. (2015) afirmam que os pacientes e familiares desfrutam destes na medida da instalação da doença e durante o processo de tratamento através dos profissionais, bem como dos

conhecimentos escolares e através de informes em campanhas municipais. Todavia, é importante ressaltar que o senso comum está atrelado a esse conhecimento, sem algum critério científico, o que pode refletir por sua vez em consequências negativas para a qualidade de vida do paciente e gerando impacto no seu tratamento. Desse modo, é fundamental que essas informações sejam reformuladas e direcionadas as diferentes esferas sociais possibilitando mudanças no senso crítico e comportamental do sujeito.

Queiroz et al. (2016) corrobora ao afirmar que conhecimentos insuficientes podem contribuir nas formas de percepção da doença e de encará-la, assim aumentando a vulnerabilidade do agravo. Diante do exposto, ele diz que o conhecimento configura-se como uma arma eficaz para a formulação de políticas de saúde efetivas, promovendo o controle da doença ligada a enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Portanto torna-se indispensável sensibilizar os indivíduos quanto à enfermidade e suas particularidades no processo saúde-doença.

A percepção do momento da doença como uma oportunidade de reconhecimento próprio e superação mostrou que algumas pessoas procuram forças e formas de resistência e resiliência, apesar de tantos transtornos em suas vidas. O que pode se observar na seguinte fala:

“Pra mim a tuberculose está sendo como uma fase de reconhecimento ao próprio corpo e superação, sabe... a tuberculose foi uma fase é... de surpresa, assim que a gente pensava que não ia suportar aquilo, por causa das dores, mas depois virou superação” (sujeito 4)

Como pode ser transcrito na fala, sinais e sintomas desencadeados com a TB influenciam na maneira como o sujeito se percebe diante da sociedade. A sensação de fraqueza e a possibilidade de morte próxima trazida ao indivíduo em consequência da debilidade causada pela doença fazem com que o reconhecimento ao próprio corpo e a quebra de estigmas acerca da doença seja vivenciado como um sentimento de superação. Sousa, Silva e Meirelles (2010) ainda afirmam que a continuidade do tratamento esta interligada a maneira de como as pessoas controlam/visualizam o seu corpo e, assim reagem à situações tidas como desagradáveis.

O sentimento de intensa tristeza aparece presente nas falas dos sujeitos que experienciaram a doença, na maioria das vezes atrelada a um sentimento de impotência e incapacidade de realizar as suas atividades laborais, como podem ser observadas nas falas a seguir:



“Assim sobre o que eu tô sentindo? para mim é muito horrível, é Ave Maria uma pessoa nunca queira ter, o caba entrar num negócio desse que é horrível demais...” (sujeito 1)

“É uma doença muito triste, muito triste, Deus me livre, foi pior do que eu ter quebrado essa perna, eu já sofri um acidente e quebrei essa perna, mas era daqui para aqui que doía, mas eu lavava louça, lavava a casa, pulando com uma muleta, lavava roupa e agora eu não estou conseguindo fazer mais nada com tanta dor nas costelas, nas costas, com falta de ar, tonta, gastura” (sujeito 3)

“Você se sente assim inútil, por você necessitar das pessoas como eu necessitei muito da minha avó, para fazer comida, para fazer uma coisa, para pegar outra, porque eu me sentia fraca e não conseguia ir” (sujeito 4)

“A tuberculose é uma coisa que você diz que tem cura, mas que você leva pro resto da sua vida. Porque eu não me sinto a mesma pessoa que eu era...”(sujeito 7)

Dentre as representações da doença o sofrimento existencial está ancorado a ela e representado na maneira como as pessoas se vêem no mundo, pois algumas concepções construídas sobre a patologia ao longo de sua história continuam presentes, o que a torna uma das doenças mais temidas na sociedade. Porém, o conceito trazido sobre o sofrimento parece está enraizado a crenças tradicionais (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010).

O paciente que realiza o tratamento da TB relata que cumpri-lo lhe traz tristeza e insatisfação, incerteza da vida e a possibilidade de morrer pelo abandono do tratamento também lhe cercam. O agravo, porém desencadeia outros transtornos como a depressão crônica e dor psicológica pela condição física. (CHIRINOS; MEIRELLES; BOUSFIELD, 2015).

Contudo, todos os entrevistados verbalizaram o mesmo sentimento negativo ao falar sobre a doença, e ainda o preconceito por carregarem o rótulo do agravo mesmo depois de obterem a cura. Como também por se sentirem incapazes por dependerem copiosamente de outras pessoas para o desempenho das atividades consideradas básicas.

## 5.2 CATEGORIA 2 - O CONTEXTO FAMILIAR E SOCIAL

Essa categoria foi construída tendo em vista a importância do apoio familiar e social no processamento do tratamento, porém com base nas falas, surgiu a seguinte unidade temática: A família enquanto porto seguro.

Quando se trata do núcleo familiar ficou evidente nas falas que a forma como seus íntimos os acolhem e encararam o problema junto a eles, com toda atenção e cuidado, os encorajaram deixando-os mais fortes e seguros para seguir com o tratamento, como comprova os relatos:

“Eles [a família] ficaram muito preocupados, disseram que eu tomasse a medicação correta, se alimentasse bem, sempre me deram orientação, me deram força” (sujeito 2).

“A minha família tava apoiando porque queriam que eu vivesse que eu sobrevivesse aí eu comecei a reagir contra a doença e fui buscar o tratamento” (sujeito 4).

A família é referência de cuidado em saúde e institui valor significante nas escolhas do sujeito com relação ao seu processo saúde/doença. Todavia a forma como a família reage à doença são fatores decisivos para o futuro do paciente. É nesse contexto que o apoio da família vem sendo evidenciado na atenção ao agravo e tem demonstrado marcos relevantes para o enfrentamento do diagnóstico e o sucesso terapêutico (FREITAS et al., 2012).

Perante a descentralização da Política Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) para a Atenção Primária é importante considerar a atuação dos serviços em todos os cenários e em todas as suas extensões, de modo inclusivo em relação ao enfoque familiar, pois a assistência à saúde deve ser centralizada na família. Desse modo o controle da TB não deve estar focado apenas no indivíduo mais numa estratégia que amplie suas atribuições a família e a comunidade, visto que nessa logística podem ser alcançados avanços positivos no planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas (FURLANA; GONZALES; MARCON, 2015).

A influência psicológica interfere de forma significativa no comportamento do homem e a atenção familiar é considerada complacente nessa magnitude, quando bem representada. A forma como os indivíduos reagem a determinadas situações dependem da capacidade individual de cada um e das influências externas, como pode ser visto no trecho a seguir:

“Você tem que ter resistência, mas se você não tiver apoio de quem gosta de você, da família e amigos, você fica bastante fraca, por que o seu psicológico mexe muito com você” (sujeito 4)

Diante das inúmeras situações vivenciadas com a doença que influenciam ao indivíduo pensamentos que o levam a perder o estímulo de viver, a influência psicológica tem se mostrado importante quando em análise dos relatos, evidenciando a forma de como lidam

com novas experiências e questões que os desafiam dia após dia, enfatizando a necessidade do apoio familiar para elevação do auto-controle, diminuição do impacto e efetivação dos objetivos esperados.

### 5.3 CATEGORIA 3 - A DOR QUE MAIS DÓI: O AFASTAMENTO

O fato da tuberculose (TB) ser uma doença estigmatizada e ainda está relacionada aos determinantes sociais surgiu à necessidade de expor a categoria três sobre a dor que atinge os pacientes com relação ao isolamento social e familiar. No tocante, pode-se perceber dentre as falas dos entrevistados o quanto é doloroso o sentimento de rejeição, daí surgiram as unidades temáticas: I) A rejeição por medo do contágio; II) O silêncio do diagnóstico e III) Preconceito/auto-segregação.

Quando questionados os participantes da pesquisa relataram o afastamento daqueles que antes estavam em seu convívio social e que ao saberem da fragilidade enfrentada, logo romperam quaisquer tipos de contato por medo de serem contaminados, assim como demonstradas nas falas a seguir:

“[Preconceito] é o afastamento das pessoas, o medo das pessoas de pegar a doença...” (sujeito 3)

“...Uns amigos se afastaram, os mais próximos mesmos, acho que uns três amigos, assim todos se afastaram, só teve uma que ainda veio aqui em casa umas 2 ou 3 vezes, mas as outras ficaram com medo, tiveram medo de pegar a doença, se afastaram” (sujeito 4)

“Você fica assim com medo de contagiar as pessoas também, você fica meio que querendo, necessitando assim de carinho, de abraço, mas você percebe que tanto você tem um certo receio de chegar e pedir aquilo a alguém, como você já sabe, já sente que aquela pessoa não vai te dar, o medo dela é bem maior que o seu, o medo de ser contraído com a doença, que as pessoas sentem é bem maior do que o seu” (sujeito 4)

“A pior coisa é a pessoa precisar de outra e ela não querer ajudar, ter medo de chegar perto da pessoa... Você precisar de uma pessoa e ela não querer lhe ajudar com medo de você” (sujeito 7)

Para Alcantara et al. (2014) o preconceito e a discriminação com os pacientes de TB são pontos negativos para o controle da doença, bem como levam a ruptura de relações sociais pelo medo de sua transmissão e ainda pelas recidivas serem tão frequentes, levando aos envolvidos desacreditarem na sua cura e assim os impedindo de ter gestos solidários.

Deste modo, o afastamento de pessoas pela TB ocorre em consequência do medo de adquirirem a doença durante todo tratamento, havendo a necessidade de um olhar mais crítico sobre o sujeito, ultrapassando as definições clínicas e desvelando à noção de contágio, de afastamento, de isolamento e de discriminação, presentes nos desabafos dos entrevistados, que muitas vezes não são abordados ou valorizados pelos profissionais de saúde.

A Negação acerca do diagnóstico muitas das vezes representa uma maneira de esquivar-se das ideias negativas e de atitudes desagradáveis, então os pacientes já cogitam a reação dos indivíduos e para evitar constrangimentos preferem omitir o seu diagnóstico, como segue o discurso:

“Não vou dizer a ninguém não se não o povo não compra mais nem os DVDs com medo, porque o povo diz logo: não isso pega, vou nada naquela casa que tem, se não eu vou pegar aquela doença. É mentira ela ta dizendo que não pega, mas pega, eles dizem desse jeito” (Sujeito 3)

Segundo Touse (2014), o estigma possui características intrínsecas ao sujeito e isso os leva a apresentar atitudes negativas e discriminatórias. A omissão do diagnóstico, no entanto, remete o medo da exclusão social. Assim como Freitas et al. (2012) evidencia no estudo que trás o tema Conhecimento e Percepção sobre Tuberculose das Famílias de Pacientes em Tratamento Diretamente Observado em um Serviço de Saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil, que o processo de aceitação da doença apresenta um entrave para a adesão ao tratamento, mesmo com todas as chances de cura. O medo de sofrer represália está como fator alusivo para a negação da patologia, levando-os a retardar o início do tratamento e/ou abandoná-lo.

Os sujeitos, uma vez diagnosticados evitam que seus vizinhos saibam de sua enfermidade por vergonha e medo de represália, bem como para evitar comentários de natureza simbólica que afetem a sua saúde física e emocional. Os relatos dos participantes demonstram a necessidade de maior investimento na educação em saúde principalmente quando se trata do contágio para que assim as representações sobre as formas de transmissão sejam esclarecidas, pois a discriminação, presente na família e nos relacionamentos com os vizinhos e amigos, pode contribuir para insucesso terapêutico.

A auto-segregação, muitas das vezes é vivenciada não só por pessoas do convívio social, mas também pelos próprios sujeitos que apresentam a doença. Quando questionados sobre os cuidados e sua importância para com sua situação clínica, relataram condutas do

medo de contagiar as pessoas que lhe cercam, ações essas evidenciadas nos cuidados excessivos e no isolamento em um período fora dos riscos de transmissão:

“Você fica assim com medo de contagiar as pessoas também” (sujeito 4)

“Eu no começo eu fiquei isolada né, no quarto, quando eu fui pra casa eu fiquei ainda um mês usando máscara e sempre em ambiente, quando eu estava dentro de casa sempre com tudo aberto, não ficava com as portas fechadas e o mês que a médica falou pra eu usar máscara eu passei o mês dormindo só, sem minha filha, só assim com minha mãe por perto porque podia ser que eu precisasse de alguma coisa, mas sozinha” (sujeito 7)

“[Cuidados] Que me ajudaram bastante porque nesse momento eu não tinha que pensar só em mim e sim em outras pessoas né, na minha mãe, no meu irmão, no meu padrasto, na minha família, na minha filha, tinha que pensar não só mais em mim e sim de passar essa doença para outras pessoas que isso eu não queria, então eu fiquei com muito medo de transmitir, então era máscara direto, era passando álcool que a médica disse que eu passasse direto álcool nas mãos...” (sujeito 7)

“Assim bem né, porque não tou transmitindo doenças pros outros e tou casando o melhor pra mim e tudo, os outros não vão pegar essa doença deu” (sujeito 5)

“Eu no início eu buscava num, assim porque o médico falou que mais ou menos de 15 até 20 dias no período do início da doença eu não podia ter muita proximidade com as pessoas, então eu cheguei a passar até mais, quase um mês para ter contato físico, principalmente com meus sobrinhos que são pequenos, para se aproximar deles, para abraçar, esse tipo de coisa, então no período que eu vi que tinha passado a fase, hoje eu já estou no terceiro mês, eu converso normalmente, busca não está muito próximo das pessoas, mas eu vivo natural assim normal” (sujeito 4)

A doença ainda traz impacto para os profissionais, a família e reduz autoestima do sujeito. As mudanças no meio social são perceptíveis e decorre do preconceito tanto de outras pessoas quanto do preconceito sentido pelo próprio sujeito com relação a ele mesmo em decorrência da enfermidade. Os sujeitos ainda tendem a se reservar por temer pelo mal mesmo quando atitudes preconceituosas não são exteriorizadas, na tentativa de mudar esta realidade, os profissionais da saúde devem discutir com essas pessoas, sobre questões relacionadas às atitudes e crenças sobre o preconceito, o medo do estigma e a discriminação por parte da família, dos amigos e vizinhos, levando à restrição dos relacionamentos interpessoais de parentesco e amizade, modificando assim, hábitos e estilo de vida (SOUZA et al., 2015).

#### 5.4 CATEGORIA 4 - O TRATAMENTO E SUAS DIMENSÕES PARTICULARES

Por meio dessa categoria buscou-se explicar acerca da visão dos participantes sobre o tratamento e a importância de segui-lo em benefício da própria saúde e para com a saúde dos outros, bem como observou-se em muitas falas que a adesão ao tratamento sofre influências de ações internas e externas ou passam a ser realizados mediante estas. As unidades temáticas que emergiram nesta categoria foram: I) O seguimento do plano medicamentoso, mesmo diante do preconceito e II) O preconceito como fator de baixa adesão

Os indivíduos reagem de formas diferentes a determinadas situações e o preconceito aqui mencionado não interferiu na qualidade de vida nem mesmo na adesão ao tratamento como afirmam alguns participantes. Verbalizaram ainda que essa interferência depende da determinação de cada um e conforme eles absorvem opiniões de terceiros, como está exposto abaixo:

“Para mim [o preconceito] não interferiu nada não, continuei seguindo o meu tratamento e vou seguir até o fim, se Deus quiser” (sujeito 1)

“Não, eu acho que o preconceito não atrapalha não. Depende da pessoa também, né!? Quando as pessoas se afastaram eu continuei firme e forte. Mas tem pessoas que é fraca” (sujeito 2)

“Se a pessoa tiver muita força de vontade, não atrapalha o tratamento. Mas se a pessoa for daquela pessoa que for pelo que os outros ver, pelo que os outros pensam aí sim, mas se for uma pessoa que esteja determinada a ficar boa e bem, não deixa atrapalhar não...” (sujeito 7)

Embora o preconceito se caracterize por um pré-julgamento de algo ou alguém sem conhecimentos prévios e que valorizam a negatividade dos elementos como afirma Bard et al. (2016), alguns indivíduos conseguem reverter situações indesejáveis e encontrar caminhos para se chegar aos seus objetivos, no caso da TB, a cura. Esses estímulos estão associados a fatores internos e externos vividos pelo sujeito, nesse momento da pesquisa alguns pacientes se mostraram positivos mesmo diante do preconceito/discriminação, nas quais a motivação pessoal, o foco, a valorização pessoal, a necessidade da cura ficaram evidentes nas falas e pode comprovar que a adesão ao tratamento não se restringe a um fator isolado, mas que a soma de vários fatores interfere no empoderamento do sujeito e em suas decisões, sendo específico no tocante de seguir ou não a terapêutica.

O preconceito nesse momento foi visto como fator chave na interferência do tratamento já que levou o sujeito a duvidar sobre a conduta seguida com relação ao tratamento; a questionar sobre o valor da vida possibilitando a interrupção do tratamento para

não prolongar o sofrimento; e ao abandono terapêutico por acreditar na cura, cessando a ingestão da medicação com a intenção de ser aceito novamente no convívio social, como foram identificados nos relatos abaixo, respectivamente:

“Interfere, todo mundo fica dando opinião, vá para João Pessoa, vá num sei para onde, os vizinhos ficam perguntando, e eu doída para dizer e com medo, isso é muito chato. As pessoas ficam mandando eu ir para João Pessoa porque não sabem, eu digo que é uma pneumonia e tou com água no pulmão, aí as pessoas dizem: tu vai morrer se tu não for para João Pessoa, aí eu fico com medo de morrer mesmo, porque não sei se tou fazendo a coisa certa mesmo” (sujeito 3)

“Ele [o preconceito] faz você se sentir inútil e quando você se sente uma pessoa inútil, você se acha inválida, você se acha sem valor e isso faz com que você fraqueje, faz com que você não queira continuar o tratamento, que você não queira é mais prolongar aquilo” (sujeito 4)

“As pessoas diziam aquele do moto taxi que fica perto dos outros, não vá andar com aquela pessoa que ela ta doente... Então na minha cabeça eu senti que tava recuperado e parei de tomar os medicamentos, aí fiquei mal de novo” (sujeito 5)

Como observado o estigma e a discriminação são fatores que contribuem para a baixa adesão ao tratamento e dentre essas condições está o atraso do comparecimento do indivíduo aos serviços de saúde. Dessa forma ocasionando maiores prejuízos a saúde do paciente e de outras pessoas na comunidade como afirmam Souza et al.(2015).

## 5.5 CATEGORIA 5 - O (DES)APOIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O apoio dos serviços de saúde configura ferramenta fundamental para a adesão ao tratamento, já que os profissionais nele inseridos são referência para os sujeitos. Nessa perspectiva surgiram como unidades temáticas: I) O braço forte dos serviços de saúde e II) O mesmo que orienta é o mesmo que discrimina.

O profissional de saúde inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) representa para os enfermos uma referência e quando se trata de patologias infectocontagiosas essa expectativa parece ainda maior, pois os indivíduos esperam deles uma atenção minuciosa que os tranquilizem e os encorajem para seguir com os cuidados devidos com a saúde. As declarações abaixo demonstram como o apoio das equipes de saúde de forma qualificada e resolutiva são relevantes:

“Foi a enfermeira do posto, foi ela que me orientou” (sujeito 2)

“Tive todos os cuidados, fiquei boa rápido... A equipe do posto de saúde cuidou muito bem de mim” (sujeito 6)

“O tratamento me ajudou muito, no começo eu não quis aceitar, mas do meio pro fim, aceitei. Graças a Deus eu tive muito apoio da equipe, assim, nada é perfeito, com algumas falhas, mas não tenho o que reclamar não” (sujeito 7)

Souza e Silva (2010) expõem que realizar a TDO cria um vínculo entre os envolvidos que favorece o compromisso desde com seu tratamento, esse tipo de consulta trás um sentimento de valorização do paciente por eles se sentirem importantes mediante a preocupação dos supervisores. O contato constante com os profissionais desmistifica alguns conceitos principalmente quando se trata do medo do contágio, pois essa relação possibilita conversas mais íntimas, compartilhando experiências, o que as ajuda a terem maior liberdade para expor suas angústias e esclarecer sobre a doença.

A comunicação entre o profissional de saúde e o paciente pode facilitar a adesão ao tratamento, e ainda pode caracterizar um alicerce para o sucesso terapêutico, pois o tratamento e a linguagem utilizada para com os pacientes os permitem se sentirem importantes perante a sociedade. Contudo, a forma como são construídas as relações sociais define as decisões do sujeito e implica nos resultados esperados. É nesse paradigma que os serviços de saúde em especial a Atenção Primária se tornou palco de destaque para a saúde brasileira e por estarem tão próximas aos usuários configuram um papel significativo em prol dessa luta.

É importante ressaltar que a atenção prestada ao paciente não deve ser apenas centrada na ingestão da medicação, tornando-se como prioridade conhecer a pessoa e o contexto em que ele está inserido, seus modos de vida, sua dinâmica familiar, suas crenças, suas opiniões e seus conhecimentos a respeito da doença e do próprio tratamento. Conversar com os pacientes sobre outros assuntos além da tuberculose é uma forma de estabelecer segurança e fortalecer os laços, essa aproximação, no entanto, permite identificar as necessidades do paciente e a busca de soluções. Assim, para diminuir os efeitos colaterais e facilitar a adesão do paciente ao tratamento, essas condutas devem ser sinalizadas como fundamentais. Assim o tratamento supervisionado corrobora para as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) no que refere o atendimento humanizado(CHIRINOS; MEIRELLES; BOUSFIELD, 2015)

Destarte, o papel do profissional passa a ser não mais aquele centrado na doença e sim como colaborador do sucesso terapêutico, isso reforça o valor das políticas de saúde que privilegiam os aspectos humanos, principalmente em doenças estigmatizantes como a tuberculose.



A tuberculose é um assunto bastante discutido nas literaturas científicas, porém existem fragilidades ligadas à assistência que revela práticas de preconceito e estigma, como evidenciado nas experiências dos entrevistados citadas abaixo:

“Eu acho que não precisava daquilo não, e foi até gente do posto mesmo que discriminava a gente por ter a doença” (sujeito 2)

“Quando eu cheguei na UPA as enfermeiras já ficaram dizendo as coisas, quando eu olhei pra elas, elas estavam xingando, como é que uma pessoa diz que essa doença não pega, aí eu disse: não mulher não pega não! Não pega porque eu já estou em tratamento e a médica disse e os médicos disse que não pegava mais. Mas eu vi que elas ficaram xingando assim, eu olhei para trás ficaram tudo né, comentando, aí meu Deus para ser enfermeira, né? Eu pensei que tinham aprendido isso lá na faculdade, porque ensina, né?” (sujeito 3)

“Quando eu fiquei internada, a mulher que limpava o quarto no hospital ela passou 5 dias sem limpar, sem fazer a limpeza do quarto. Toda comida que vinha, eu vomitava quando eu comia ou se não eu não aguentava nem abrir eu já deixava lá e ia pro lixo. Quando minha mãe chegou de uns 5 a 8 dias que ela tinha ido, quando ela chegou ela sentiu o mal cheiro daquele quarto. Minha mãe foi falar com a enfermeira chefe e a enfermeira disse que ela ia limpar e chegou me perguntando ei mais tu ainda tem perigo de transmitir, aí eu disse tem mais não, aí ela disse tem certeza? Porque eu estou com minha imunidade baixa...” (sujeito 7)

Compreende-se que existem fragilidades nos serviços de saúde que levam ao abandono do tratamento e dentre elas está o modo como as ações de controle da TB são desempenhadas no âmbito das Unidades de Saúde da Família – e na relação dessas com a rede de atenção à saúde, considerando o conceito ampliado de saúde e a expressão social da TB. Desta forma é possível notar que as ações executadas pelas equipes de saúde são mecanicistas centradas apenas na dispensação de medicamentos e não compreendem o estilo de vida do sujeito. Nessa perspectiva se faz necessário identificar e fortalecer ações que visem evitar o abandono do tratamento e que propunha o cuidado ao usuário em todas as suas dimensões, bem como trabalhar na elaboração de um projeto terapêutico do doente, enfatizando suas necessidades sociais, culturais e econômicas que cercam a doença (ALVES et al., 2012).

Assim condições relacionadas ao senso comum e as experiências do cotidiano em conjunto formam as Representações Sociais dos enfermeiros sobre a TB. Porém as RS com relação à assistência do profissional deixa de ser atendida com qualidade na medida em que o medo de contágio influencia suas ações, o que explica o distanciamento de alguns enfermeiros, esse distanciamento nem sempre se caracteriza pela falta de contado físico, mas

está implícito de forma subjetiva a atendimentos rápidos e mecanicistas. O estabelecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde pode ser o ponto frágil dessa corrente, considerando que muitas das vezes a consulta é conduzida predominantemente pela formalidade profissional. Portanto, é preciso superar esse padrão de atendimento para que os objetivos sejam alcançados com qualidade, e que o enfermeiro ponha em prática a aproximação que julgam necessária no cotidiano do atendimento ambulatorial (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2016).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa apontam que mesmo diante das dificuldades enfrentadas no processo saúde/doença o sujeito consegue se sobressair na maioria das vezes e atingir os objetivos esperados.

O apoio familiar, social e dos profissionais de saúde representam a base para a recuperação da saúde do enfermo, porém, existem fragilidades a serem discutidas que interferem na qualidade do tratamento, nas quais foram identificadas em suas consequências no afastamento das pessoas, na auto-segregação e em consultas imediatistas focadas na ingestão dos medicamentos, apenas.

As influências internas e externas corroboram para a construção das representações sociais do sujeito, dos profissionais e da comunidade, que por sinal ainda se mantém enraizadas a estereótipos construídos ao longo da história. A esse contexto configura-se o conhecimento insuficiente como fator agravante para a permanência do estigma/preconceito ligados a tuberculose (TB), o que por sua vez resultam em consequências negativas para a saúde pública.

Com relação à desconstrução desse paradigma os profissionais de saúde assumem papel importante para com a população, já que podem orientá-los constantemente quanto a importância do diagnóstico precoce, da conclusão do tratamento, do autocuidado, sanando dúvidas, e realizando orientações gerais quanto à doença, bem como aprimorar a capacidade de escuta para assim identificar sinais de insatisfação que recorra ao abandono terapêutico. Deve haver, portanto a colaboração de uma equipe de saúde capacitada que amplie seus conhecimentos com clareza para que os pacientes sejam disseminadores do saber para minimizar a insegurança não só dos pacientes, mas daqueles que estão em seu meio social, amenizando o sofrimento humano.

No entanto observou-se no decorrer da pesquisa a existência do preconceito e que este foi relatado como fator diminuidor da adesão ao tratamento para TB. Pois o sucesso no tratamento de doenças negligenciadas, transmissíveis e daquelas que enfrentam preconceito como a TB dependem de como os sujeitos com o agravo são acolhidos e abordados na unidade de saúde no momento do diagnóstico e durante todo tratamento. Destacando que existe a necessidade de fortalecer o compromisso dos serviços de saúde com os sujeitos visando seu bem estar, para que estes não culminem na interrupção do tratamento, reduzindo a resistência aos medicamentos e a melhor adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA; D.R.M. et al. Aspectos socioculturais da tuberculose e diálogo com políticas públicas em saúde no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, edição especial, pag. 2135, março/2013.
- BARD, N. D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Porto Alegre, 2016, 24: e 2680.
- BASTA, P.C. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, p.456-458, 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. 2014. Portal da saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>> Acesso em 10 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vol.46. Nº9. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>> Acesso em 11 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. vol.47. nº13. p. 15, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>> Acesso em 18 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Vol.1. Nº1, 2016. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/BoletimTuberculoseCRPHF.pdf>> Acesso em 11 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>> Acesso em 11 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN)**.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Tuberculose**. Portal Saúde, 2014. 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/11486-tratamento>>. Acesso em 25 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**. Protocolo de Enfermagem, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3152.pdf>>. Acesso em 01 de novembro de 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S.; BOUSFIELD, A. B. S.. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Santa Catarina, 36 (esp): 207-214, 2016.
- FERREIRA, M. de A. Teoria das Representações Sociais e Contribuição para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Rev. Ecs Anna Nery**, 20(2): 214-219, 2016.

FREITAS, I. M. et al. Fatores associados ao conhecimento sobre tuberculose e atitudes das famílias de pacientes com a doença em Ribeirão Preto. **Rev. Bra. Epidemiol.** São Paulo, vol.18, n.2, pp.326-340, 2015.

FREITAS, I. M. et al. Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. vol.21, n.3, pp.642-649, 2012.

FURLAN, M. C. R.; GONZALES, R. I. C.; MARCON, S. S. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. **Rev. Gaúcha de Enfermagem.** Paraná, 5;36 (esp): 102-110, 2015.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A. L. **The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research.** New York: Aldine de Gruyter, 2006.

HIJARI, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, 41(Supl. 1):50-58, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Senso Demográfico.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=250370&idtema=130&search=paraiba%7Ccajazeiras%7Cpopulation-estimate-2014&lang=>>>. Acesso em 30 de outubro de 2016.

MOREIRA, Marina de, CAMARGO. **para a teoria e o método de estudos das representações sociais.** Editora Universitária, João Pessoa, 2007.

MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Ver BrasClin Med.** São Paulo, 10(3):226-30, mai-jun. 2012.

MACIEL, E. L. N. e SALES, C. M. M. A vigilância epidemiológica da tuberculose no Brasil: como é possível avançar mais. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.25, n.1, pp.175-178, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Petrópolis: Vozes, 2003.

NASCIMENTO D. R. **As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, R. C. C. de et al. Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para tuberculose. **Rev Bras Enferm.** 68(6): 1069-1077, nov-dez. 2015.

PEDRO, A. S.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica.** 33(4): 294–301, 2013.

QUEIROZ, A. A. R. et al. Conhecimento das famílias de pacientes com tuberculose sobre a doença: estudo transversal. **Rev. Cogitare Enferm. São Paulo.** v. 21, n. 1, 2016.

RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA, M. C. S. ; FERREIRA, M. A. Representações sociais da tuberculose por enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. 69(3):532-537, mai-jun. 2016.

SAÚDE, Secretaria de Estado. Divisão de Tuberculose. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Mudanças no tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**. 44(1):197-199, 2010.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, S. G. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**. Rio de Janeiro. 30 (3), 556-571, 2010.

SILVA, S. E. D.; CAMARGO, B. V., PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, Brasilia. 64(5): 947-951, set-out. 2011.

SOARES, R. G. A.; Mensuração do Estigma Internalizado: revisão sistemática da literatura. **Rev. Psicologia em estudo**. Divinópolis. v. 16, n. 4, p. 635-645, out-dez. 2011.

SOUZA, S. S. ; SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Rev. Acta paul. Enferm**. 23(1):23-28, 2010.

SOUZA, E. P. et al. Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Rev. Cuidarte**. Belém. Vol. 6, Núm. 2 2015.

TOUSO, M. M. et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, 2014.

TURA, L. F.; MOREIRA, A. S. P. **Saúde e Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

### I – Identificação

Número de entrevista:

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Situação de tratamento: ( ) caso novo ( ) recidiva ( ) retratamento por abandono

( ) retratamento por falência

Casos na família:

### II-Representação sobre a Tuberculose

1- O que é tuberculose para você?

2-Como é viver com tuberculose?

3- De onde você aprendeu sobre tuberculose (jornais, televisão, revistas, livros, profissional de saúde, pessoas da família), e o que aprendeu com cada um deles?

4-Descreva uma pessoa com Tuberculose.

5-Você contou para alguém que está com Tuberculose? Para quem? O que ela fez?

Mudou seu relacionamento com esta pessoa?

6- Que cuidados você tem com sua saúde e com a saúde dos outros tendo Tuberculose?

7- Quem orientou esses cuidados?

8- O que acha desses cuidados?

9- O que é o tratamento da tuberculose para você?

10- O que você pensa do tratamento?

11 – O que você entende por preconceito?

12 – Você acredita que sofre ou sofreu preconceito por ter tuberculose? Como foi?

13- Quais atitudes você considera como preconceituosas para com uma pessoa doente de tuberculose?

14- O que você sentiu quando foi vítima destas situações de preconceito?

15- Na sua opinião, o preconceito interfere no sucesso do tratamento? Como?



## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: Representações sociais de pessoas com tuberculose**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof<sup>a</sup> Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva e Sananda Kayrone Maciel Braga. Nesta pesquisa nosso objetivo é analisar as representações sociais dos sujeitos acometidos pela tuberculose acerca da vivência do preconceito e estigma atrelados à doença.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Sananda Kayrone Maciel Braga, nas Unidades de Saúde da Família, em dias e horários previamente agendados pela instituição. Na sua participação você irá responder uma entrevista composta por duas seções. A primeira, formada por dados sociodemográficos e a segunda com itens abertos sobre sua vivência com a tuberculose.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, tendo em vista que não compreende a realização de procedimentos invasivos. Mas os envolvidos podem sentir-se desestimulados ao ser questionados sobre o assunto em questão, gerando desconforto ou tristeza. A forma como a pesquisadora conduzirá a entrevista, respeitosamente e deixando os sujeitos a vontade buscará minimizar este risco. Quanto aos benefícios que a pesquisa poderá resultar, pode-se elencar o aprimoramento acerca da temática abordada, o conhecimento sobre as representações da doença, com compreensão dos sentidos do preconceito vivido. Esta exposição de vivências pode ajudar os sujeitos a melhorarem sua condição individual de saúde e adesão ao tratamento.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Sananda Kayrone Maciel Braga (83) 99405-7057**; e Orientadora da pesquisa **Prof<sup>a</sup> Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva: (83) 99620-7454**.

O endereço profissional da pesquisadora responsável e orientadora do estudo é: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Formação de Professores. Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n – Casas Populares. Cajazeiras – PB. Fone: (83)3532-2000.

O Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao qual esta pesquisa foi submetida, encontra-se disponível para esclarecimentos pelo telefone: (83) 2101-5545 – Rua Dr. Carlos Chagas, s/n. São José. Campina Grande - PB. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**Assinatura do (a) participante Assinatura do (a) pesquisador (a)**

## **ANEXOS**

## ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTIGMA, PRECONCEITO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

**Pesquisador:** Cicera Renata Diniz Vieira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 62594616.6.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.869.234

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto visa as atividades atribuídas para o controle da TB devem proporcionar a redução do estigma que circundam a doença e à melhoria das estratégias que facilitem a adesão ao tratamento, além de incluir o apoio de outras áreas, que contribuam para com a saúde. Uma vez que as questões psicológicas trazem prejuízos relevantes para a saúde da população, é conveniente trabalhar nessa perspectiva sobre a sua influência para com a tuberculose, que ainda carrega estereótipos no imaginário de diferentes povos. Dessa forma, pretende-se apreender os sentidos e vivências do estigma e preconceito percebidos pelos indivíduos que tem ou já tiveram tuberculose, bem como a adesão ao tratamento, inserido neste contexto. Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. A população do estudo será composta por indivíduos notificados com tuberculose, residentes no município de Cajazeiras – PB.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar as representações sociais dos sujeitos acometidos pela tuberculose acerca da vivência do

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

CEP: 55.107-870

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

## ANEXO B- Anuência da Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS  
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE


### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "ESTIGMA, PRECONCEITO E ADEÇÃO EFETIVA AO TRATAMENTO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE" a ser desenvolvido pela pesquisadora *Samara Rayane Mociel Braga*, sob a orientação da Professora Me. *Cicera Renata Diniz Vieira Silva*, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da *Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa*, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras, 16 de Novembro de 2016

  
Henry Witchael Dantas Moreira  
Secretário de Saúde

Henry Witchael Dantas Moreira  
Secretário Municipal de Saúde  
Portado 11/2016