**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GIOVANNA MARIAH ORLANDI

**OS INCENTIVOS E AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA
ADESÃO DE PACIENTES AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**SÃO PAULO
2020**

GIOVANNA MARIAH ORLANDI

OS INCENTIVOS E AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA ADESÃO
DE PACIENTES AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
de Enfermagem (PPGE) da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi

São Paulo
2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Orlandi, Giovanna Mariah

Os incentivos e as medidas de proteção social na adesão de
pacientes ao tratamento da tuberculose no município de São Paulo /
Giovanna Mariah Orlandi. São Paulo, 2020.

143 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Tuberculose. 2. Cooperação do paciente. 3. Adesão à medicação.
4. Assistência social. 5. Enfermagem em saúde pública. I. Título.

Nome: Giovanna Mariah Orlandi

Título: Os incentivos e as medidas de proteção social na adesão de pacientes ao tratamento da tuberculose no Município de São Paulo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Ao **Hugo**, meu companheiro, que apoiou e compreendeu todos os momentos despendidos na elaboração dessa tese, atividades acadêmicas e, em especial, meu período de internacionalização em que, mesmo longe, esteve sempre ao meu lado.*

*Aos meus pais, **Silmara e Aymar**, que sempre me incentivaram a alcançar meus sonhos e objetivos. Sei que essa conquista não é só minha, mas de vocês também.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À querida professora **Maria Rita Bertolozzi**, que foi muito mais do que a minha orientadora nesse estudo.*

Modelo de docente, de pesquisadora e de pessoa. Obrigada por aceitar me orientar desde o Mestrado e por continuar essa jornada comigo no Doutorado. Sempre terei em minha memória todos os seus ensinamentos, competência, força, postura ética, total disponibilidade e carinho. Tive o prazer de poder acompanhá-la em estágios do curso de Graduação em Enfermagem, de vê-la brilhar na sala de aula e de dizer que você sempre foi muito presente em todo o período de orientação.

Tenho gratidão pelas inúmeras e profundas leituras dessa tese, contribuindo para seu adensamento, sempre me fazendo questionar e a procurar a melhor versão do meu trabalho. Agradeço por sempre me apoiar e ter fornecido ajuda fundamental para a realização do meu Doutorado Sanduíche na University of Toronto, se mantendo sempre de prontidão durante esse período.

Tenho o orgulho de dizer que fui sua aluna de Mestrado e de Doutorado e agradeço por todo apoio e confiança ao longo desses anos.

Minha eterna admiração por você!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre me dar forças para continuar e conquistar os meus sonhos.

*Aos membros da banca do Exame de Qualificação, **Lucia Yasuko Izumi Nichiatai, Paula Hino e Ana Luíza D'Ávila Viana**, pela valiosa contribuição no aprimoramento desse estudo.*

*Ao professor **Carles Muntaner**, meu supervisor na University of Toronto, por me proporcionar grandes oportunidades de trabalho em conjunto com o seu grupo de pesquisa e abrir portas para futuras parcerias.*

*À professora **Virginia Gunn**, docente da University of Toronto, por me acolher na universidade e proporcionar valiosas discussões acerca dos trabalhos desenvolvidos em conjunto com o professor Carles.*

*Aos meus avós, **Divoani, Aymar e Sônia**, por todo carinho e compreensão da minha ausência.*

*A todos os **familiares**, pelo carinho.*

*À **Talina, Érica e Mayrla**, amigas que ganhei de presente com o mestrado e doutorado. Obrigada por todos os momentos de companheirismo, escuta, incentivo e partilha. Vocês trouxeram leveza em momentos em que eu mais precisei.*

*À **Sheyla, Nádia e Fernandinha**, pela amizade e carinho que cresce a cada dia.*

*À **Claudia, Luciane, Katherine, Ana Karine, Aline, Belarmina, Osmara, Samara, Cibele, Marcos e todos os colegas da pós-graduação** que compartilharam comigo essa jornada.*

*Aos **membros do grupo de pesquisa “Vulnerabilidade, adesão e necessidades em saúde coletiva”**, pelos momentos de discussão e reflexão.*

*Às **professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva**, pela contribuição na minha formação e aprendizagem.*

*Às secretárias, **Maria do Socorro e Valéria**, pelo carinho e prontidão.*

*Às especialistas, **Vânia, Karen e Eloá**, pelo conhecimento compartilhado durante os estágios do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) e em todos os outros momentos no decorrer do Doutorado.*

*Às colegas **Naiara, Rúbia, Flaviana, Sheilla e Andrea**, que me acolheram no Canadá.*

*Aos **funcionários da Biblioteca Wanda de Aguiar Horta**, pela competência e prontidão.*

*Aos **funcionários da Secretaria de Pós-Graduação da EEUSP**, pela competência.*

*Ao estatístico **Bernardo**, por colaborar na elaboração das análises quantitativas desse estudo.*

*À **Coordenação da Atenção Básica do Município de São Paulo e Supervisões Técnicas de Saúde do Butantã, Campo Limpo e Penha**, pela anuência para a realização do estudo.*

*Aos **funcionários da Coordenação de Vigilância em Saúde**, pela colaboração e disponibilização dos dados provenientes do TBWeb.*

*Aos **gerentes e profissionais de saúde**, pela colaboração no momento da coleta de dados.*

*Aos **pacientes**, por aceitarem participar dessa pesquisa e contribuírem para a compreensão de mais uma faceta da adesão ao tratamento da tuberculose.*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão da bolsa de doutorado.*

A todos que não foram mencionados, mas que participaram da minha trajetória no Doutorado.

Meu sincero agradecimento.

“As humans, we are all vulnerable to sickness (...). But some groups are far more vulnerable than others”.

Paul Farmer

(Pathologies of Power: Health, Human Rights,
and the New War on the Poor, p. 202)

Orlandi GM. Os incentivos e as medidas de proteção social na adesão de pacientes ao tratamento da tuberculose no Município de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: A tuberculose (TB) ganhou expressividade como problema de saúde pública a partir da Revolução Industrial, principalmente devido às más condições de vida e trabalho, e ainda continua como enfermidade negligenciada e de relevância epidemiológica. No Brasil, apresenta índices importantes, com especial destaque para o abandono do tratamento, e acomete particularmente os grupos sociais com menor acesso. Em decorrência, recentemente, a Seguridade Social promove o amparo público para o enfrentamento de dificuldades inerentes à precariedade da vida, com destaque para o Programa Bolsa Família (PBF) e o auxílio-doença. **Objetivo:** O objetivo geral deste estudo foi analisar a influência de incentivos sociais e de medidas de proteção social no processo de adesão ao tratamento de pacientes com TB no Município de São Paulo. **Metodologia:** Estudo observacional descritivo-analítico com abordagem quanti-qualitativa, realizado em duas etapas. A TB como um agravo socialmente determinado, a adesão ao tratamento e a proteção social foram os pilares para a interpretação do objeto de estudo. As Supervisões Técnicas de Saúde (STS) do Butantã, Campo Limpo e Penha do Município de São Paulo constituíram o local de estudo que foi realizado com pacientes que realizavam tratamento da TB nas STS indicadas, entre 2015-2017. Na Etapa 1 foram capturados dados secundários disponibilizados pela Coordenação de Vigilância em Saúde e, a Etapa 2, foi realizada por meio de entrevista orientada por questionário semiestruturado. Foram realizadas análises descritivas, associação entre variáveis e os depoimentos foram objeto de análise de discurso. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Na Etapa 1, 2.225 pessoas compuseram a amostra. Verificou-se associação significativa entre a cura e as seguintes variáveis: idade média de 37,7 anos ($p < 0,001$), raça ($p = 0,026$), tipo de caso ($p < 0,001$), forma clínica ($p < 0,001$), tipo de tratamento ($p < 0,001$) e algumas comorbidades como HIV/AIDS ($p < 0,001$), alcoolismo ($p < 0,001$) e drogadição ($p < 0,001$). Na Etapa 2, 56 pacientes foram entrevistados; 87,5% receberam cesta básica e 16,1% receberam vale-transporte; 14,3% receberam auxílio-doença e 10,7% o aporte do PBF. Na análise dos depoimentos, emergiram quatro categorias: os benefícios sociais no tratamento da TB, fortalecedores da adesão ao tratamento da TB, barreiras para o tratamento da TB, e representações sobre o tratamento e o processo saúde-

doença. **Conclusão:** Os incentivos e as medidas de proteção social contribuíram para a adesão ao tratamento, salientando-se que devem constituir o alicerce da sociedade, como políticas públicas orientadas à diminuição das desigualdades. O estudo supre uma lacuna para que profissionais de saúde e gestores compreendam a importância da oferta de benefícios sociais, minimamente durante o processo de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. Cooperação e adesão ao tratamento. Proteção social. Incentivos sociais. Enfermagem em Saúde Pública.

Orlandi GM. Incentives and social protection measures on patients' adherence to tuberculosis treatment in the city of São Paulo [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (TB) has gained much attention as a public health problem since the Industrial Revolution, mainly due to poor living and working conditions and it is still considered a neglected disease of epidemiological relevance. In Brazil, TB presents important indexes with special emphasis on treatment default, and it particularly affects social groups with less access. As result, Social Security promotes public support to face difficulties inherent to the precariousness of life, with emphasis on the *Bolsa Família* Program (BFP) and paid sick leave. **Objective:** The main goal of this study was to analyze the influence of social incentives and social protection measures in the process of adherence to the treatment of TB patients in the city of São Paulo, Brazil. **Methodology:** Observational descriptive-analytical study with a quanti-qualitative approach, carried out in two stages. TB as a socially determined problem, adherence to treatment, and social protection were pillars for the interpretation of the study object. The study was performed at the Technical Health Supervisions (THS) of Butantã, Campo Limpo, and Penha in the city of São Paulo with patients who underwent TB treatment between 2015-2017. In Stage 1, the Health Surveillance Coordination provided the data; and interviews guided by a semi-structured questionnaire were done in Stage 2. Descriptive analyses and variable associations were made, and the speeches were the object of discourse analysis. The study was approved by a Research Ethics Committee. **Results:** In Stage 1, the sample size was 2,225 people. There was a significant association between cure and the following variables: mean age of 37.7 years ($p < 0.001$), race ($p = 0.026$), type of case ($p < 0.001$), clinical form ($p < 0.001$), type of treatment ($p < 0.001$) and some comorbidities such as HIV/AIDS ($p < 0.001$), alcoholism ($p < 0.001$) and drug addiction ($p < 0.001$). In Stage 2, 56 patients were interviewed; 87.5% received food baskets, and 16.1% received transportation vouchers; 14.3% received paid sick leave, and 10.7% received the BFP. In the analysis of the speeches, four categories emerged: the social benefits in the treatment of TB, strengthening adherence to the treatment of TB, barriers to the treatment of TB, and representations regarding the treatment and the health-disease process. **Conclusion:** Incentives and social protection measures contributed to treatment adherence, highlighting that they must constitute the foundation of society as public policies oriented for reducing

inequalities. The study fills a gap for health professionals and managers to understand the importance of offering social benefits, at least during the treatment process.

KEYWORDS: Tuberculosis. Treatment adherence and compliance. Social protection. Social incentives. Public health nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estudos encontrados nas bases de dados. São Paulo, 2019.	34
Figura 2 - Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2020.	54
Figura 3 - Fluxograma da análise dos depoimentos.	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos estudos encontrados na revisão. 2019.....	36
Quadro 2 - Variáveis relativas ao perfil das pessoas que realizaram tratamento da TB entre 2015-2017 nas STS Butantã, Campo Limpo e Penha.....	51
Quadro 3 - Variáveis referentes às características pessoais e condições econômicas e sociais das pessoas em tratamento da tuberculose.....	52
Quadro 4 - Variáveis referentes às características da doença e do tratamento das pessoas em tratamento da tuberculose.....	52
Quadro 5 - Variáveis referentes às condições de vida e modalidades de incentivo e medidas de proteção social no Sistema de Proteção Social Brasileiro.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de casos de tuberculose (TB) notificados e distribuídos por mês. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.....	59
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes com tuberculose. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.	60
Tabela 2 - Características do tratamento dos pacientes com tuberculose. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.....	61
Tabela 3 - Características dos pacientes com tuberculose e desfecho do tratamento. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.....	63
Tabela 4 - Médias de doses consumidas pelos pacientes durante o tratamento e desfecho. STS Butantã Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.....	64
Tabela 5 - Desfechos segundo tipo de tratamento. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015 – 2017.	64
Tabela 6 - Distribuição dos participantes do estudo segundo características pessoais. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.....	65
Tabela 7 - Distribuição dos participantes do estudo segundo alguns aspectos relativos às condições de vida e trabalho. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015 - 2017.....	67
Tabela 8 - Distribuição dos participantes do estudo segundo aspectos relativos a outros elementos de condições de vida. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo. 2015 - 2017.....	68
Tabela 9 - Distribuição dos participantes do estudo segundo características da doença e do tratamento. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.....	69
Tabela 10 - Distribuição dos participantes do estudo segundo incentivos sociais recebidos. São Paulo, 2015-2017.....	69

LISTA DE SIGLAS

AA	Autoadministrado
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
DIESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DOTS	Directly Observed Treatment Short-Course
EC	Emenda Constitucional
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILO	International Labour Organization
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDR	Multidroga resistente
MS	Ministério da Saúde
MSP	Município de São Paulo
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PBF	Programa Bolsa Família
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Purified Protein Derivative
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose

TBWeb	Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de TB do Estado de Sao Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
INTRODUÇÃO	22
1.1 CONDIÇÕES SOCIAIS E TUBERCULOSE	23
1.2 A PROTEÇÃO SOCIAL	25
1.3 MEDIDAS DE PROTEÇÃO, BENEFÍCIOS E INCENTIVOS SOCIAIS NO APOIO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	30
1.3.1 Revisão da literatura	33
2 PERGUNTAS DE PESQUISA.....	44
3 OBJETIVOS	46
3.1 OBJETIVO GERAL	46
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
4 METODOLOGIA	48
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	48
4.2 REFERENCIAL TEÓRICO	49
4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO	51
4.3.1 Etapa 1	51
4.3.2 Etapa 2	51
4.4 LOCAL DO ESTUDO.....	53
4.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	54
4.5.1 Etapa 1	54
4.5.2 Etapa 2	55
4.6 COLETA DE DADOS.....	55
4.6.1 Etapa 1	55
4.6.2 Etapa 2	55
4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	55
4.7.1 Etapa 1	55
4.7.2 Etapa 2	56
4.8 PRECEITOS ÉTICOS	57
5 RESULTADOS.....	59
5.1 ETAPA 1.....	59
5.2 ETAPA 2.....	65
5.2.1 Caracterização dos pacientes	65

5.2.2	Categorias emergentes dos depoimentos	70
5.2.2.1	Categoria 1: Os benefícios sociais no tratamento da TB	70
5.2.2.2	Categoria 2: Fortalecedores da adesão ao tratamento da TB	72
5.2.2.3	Categoria 3: Barreiras para o tratamento da TB	74
5.2.2.4	Categoria 4: Representações sobre o tratamento e o processo saúde-doença.	75
6	DISCUSSÃO	78
6.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	93
7	CONCLUSÃO	96
7.1	IMPACTOS DA PESQUISA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	99
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICE A – Questionário	114
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117
	APÊNDICE C – Frases temáticas segundo as categorias analíticas	119
	ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.....	136
	ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.....	140

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O presente estudo integra as atividades do Grupo de Pesquisa “**Adesão, necessidades e vulnerabilidade em saúde coletiva**”, cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, do qual a presente autora é membro.

Constitui uma continuidade dos questionamentos que emergiram durante o estudo realizado no Mestrado Acadêmico intitulado “Medidas de apoio ao tratamento da tuberculose: percepção de profissionais de saúde da atenção básica do município de São Paulo”, defendido em janeiro de 2016, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A interpretação do objeto de estudo na perspectiva dos profissionais de saúde suscitou indagações sobre a influência das medidas de apoio no processo de adesão ao tratamento da TB, segundo os pacientes.

Introdução

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) está presente na história da humanidade há milhões de anos. Há evidências da doença em fósseis da era neolítica e em restos mortais egípcios. Entretanto, foi a partir da Revolução Industrial que a enfermidade se tornou um expressivo problema de saúde pública, ficando conhecida como “Peste Branca” (Ryan Frank, 1992; Dubos, Dubos, 1987). Nesse período, a necessidade por trabalho nas novas fábricas ocasionou um grande êxodo rural. Nas cidades, esses migrantes encontraram terríveis condições de vida e trabalho: má nutrição, cortiços lotados e em más condições de higiene, longas e exaustivas jornadas de trabalho, fábricas escuras e escritórios úmidos. Condições de intensa aglomeração e insalubridade que propiciaram a disseminação do bacilo e o adoecimento pela enfermidade no século XIX (Dubos, Dubos, 1987).

Ao longo das décadas, a relação entre as condições de vida e o adoecimento ficou mais evidente. Políticas para melhorar as condições de vida quanto à habitação, saneamento básico, alimentação, diminuição do analfabetismo, entre outros, auxiliaram o significativo declínio da taxa de mortalidade da doença em alguns países europeus, a exemplo da Inglaterra. Apesar do avanço da ciência no desenvolvimento do tratamento da TB e da vacina BCG, isto não ocorreu na mesma frequência e intensidade em todos os países, o que também tem contribuído para a permanência expressiva da enfermidade (Lankinen et al. 1994).

Em 1993, a TB foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como emergência mundial. Desde então, as ações de controle foram intensificadas em âmbito nacional e internacional. Embora a OMS tenha se comprometido no incentivo às ações de combate, a enfermidade mantém-se mundialmente como importante questão de saúde pública. Assim, em 2006, essa Organização implementou a *Stop TB Strategy* (2006–2015), a qual estava interligada ao sexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): reduzir a carga global da TB e progredir no desenvolvimento de investigações para a sua eliminação. Esses objetivos foram alcançados em todo o mundo: a mortalidade reduziu-se em 47,0% desde 1990, a incidência está 18,0% menor do que em 2000 e o diagnóstico efetivo e o tratamento da TB salvaram, aproximadamente, 43 milhões de vidas entre 2000 e 2014 (World Health Organization - WHO, 2008; 2016).

Mesmo que se tenha observado melhora dos indicadores da doença ao longo dos anos, a emergência da resistência à medicação, os precários sistemas de saúde e a atual e alarmante

situação dos refugiados e dos processos migratórios, principalmente relacionados à conflitos de ordem bélica e étnica, assim como a deterioração das condições de vida, principalmente em função das políticas de ajuste que vem sendo impetradas em vários países, e que aprofundam as desigualdades, dificultam o controle da doença. Desta forma, evidencia-se a relação da TB com os modos de viver e trabalhar, assim como em relação às iniquidades sociais. Políticas públicas que consideram tal realidade e que visam a melhora das condições de vida, ao invés de ações paliativas, podem contribuir para a superação das desigualdades sociais e, conseqüentemente, na diminuição da vulnerabilidade das populações mais frágeis (Dirlikov, Raviglione, Scano, 2015; Lyon, Farmer, 2005).

A fim de contribuir para a mudança deste cenário, desde 2016, a OMS trabalha com uma nova Estratégia, a *End TB Strategy* (2016–2035), com metas relacionadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). São metas da Estratégia: reduzir o número de mortes por TB em 90,0%, reduzir a taxa de incidência em 80,0%, em comparação aos níveis de 2015, e garantir que nenhuma família será sobrecarregada com custos catastróficos devido à TB. Atualmente, a TB é a principal doença transmissível que mais causa problemas de saúde e uma das dez principais causas de morte no mundo, sendo a primeira causa entre as doenças ocasionadas por um agente infeccioso (WHO, 2015; 2017; 2019).

Em escala mundial, estima-se que, em 2018, a TB acometeu cerca de 10 milhões de pessoas, com cerca de 1,2 milhão de mortes e taxa de cura de 85,0% (2017). No Brasil, no mesmo período, houve 95 mil casos, 4,8 mil mortes e cura de 71,0% (2017). Desta forma, o país ocupa o 20º lugar entre os países com maior carga da TB no mundo, sendo que a Índia se mantém na primeira colocação, seguida da Indonésia e da China (WHO, 2019). Em relação ao Estado de São Paulo, em 2019, foram notificados 17.355 casos de TB, 908 mortes e cura de 79,0% (2018). No município de São Paulo, em 2019, a TB acometeu 6.234 pessoas, 310 mortes e verificou-se 75,0% de cura (2018) (Brasil, 2020a).

1.1 CONDIÇÕES SOCIAIS E TUBERCULOSE

Em 1952, René e Jean Dubos discutiam a TB como uma doença social e que apresenta problemas que transcendem a medicina convencional, identificando que, embora não fosse expressiva nos Estados Unidos, ela prevalecia nos grupos e classes sociais mais desfavorecidos do país (Dubos, Dubos, 1987). Condições de vida e trabalho levam certos grupos a vivenciarem situação de extremo sofrimento humano e que pode ser intensificado

com as iniquidades de gênero e etnia. As desigualdades sociais propiciam o surgimento das desigualdades na saúde: pessoas que vivem em regiões mais pobres adoecem e morrem mais cedo do que pessoas em condições sociais mais favorecidas. Desta forma, considera-se que as iniquidades na saúde não surgem por acaso e não podem ser reduzidas a condições individuais, biológicas ou restringir-se ao acesso aos cuidados de saúde. A forma como está estruturada a sociedade reflete nas diferenças sociais e econômicas que, por sua vez, produzem impacto no estado de saúde (Farmer, 2005; Marmot, 2010).

É importante considerar que a produção da saúde e da doença é sócio-histórica e está relacionada a interesses e disputas por recursos. Tais disputas podem resultar, ou não, em melhor acesso da população a bens e ao consumo para a reprodução da vida (Akerman et al., 2006). Já no século XIX, o patologista alemão Rudolf Virchow afirmava a relação entre a pobreza e a doença, evidenciando o aumento da vulnerabilidade dos pobres às doenças transmissíveis. Nessa mesma época, a TB se alastrava por todo o mundo e acometia, de maneira desproporcional, a população mais pobre (Raviglione, Krech, 2011). As condições de vida decorrentes da forma como os grupos sociais se inserem na estrutura da sociedade são responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde, refletindo no aumento da TB (Bertolozzi et al. 2020).

A TB permanece diretamente ligada às condições de vida das pessoas. Ela não é apenas o produto da pobreza, mas também gera a pobreza (Chen et al., 2019). A exposição às condições indignas de vida aumenta o risco de contrair TB, assim como ter a doença agrava a condição de pobreza nas famílias afetadas pela enfermidade. Atualmente, no mundo, mais de 700 milhões de pessoas vivem abaixo da linha de pobreza (US\$1.90), em especial, nos países da África Subsaariana, onde mais de 40,0% da população vive em situação de extrema pobreza (menos de US\$1.90/dia). Alguns desses países apresentaram aumento de pessoas vivendo nessa situação, como: República Democrática do Congo, Madagascar, Moçambique e Nigéria (United Nations, 2016, 2019).

Países da América Latina também apresentaram aumento nas taxas de pobreza. A média de pobreza aumentou de 27,8% em 2014 para 30,2% em 2017, enquanto a taxa de extrema pobreza aumentou de 7,8% para 10,2%. Entre esses países estão a Argentina, o Brasil e a Venezuela. Entretanto, alguns países da América Latina e Caribe ultrapassam a média e apresentam taxas de extrema pobreza acima de 15,0%, tais como: Bolívia, Guatemala e Honduras (United Nations, 2016, 2019).

De fato, a relação entre pobreza e doença é clara quando consideramos seu modo de transmissão. As condições de pobreza urbana, como moradias precárias e má nutrição, propiciam a propagação da TB. Ainda que haja tratamento para a enfermidade, foi a melhoria das condições de vida que mudou a trajetória da TB em países considerados desenvolvidos economicamente (Lyon, Farmer, 2005). Foi observado, em revisão sistemática, que países da América Latina e Caribe, assim como os da região mediterrânea oriental (Afeganistão, Arábia Saudita, Egito, Irã, Iraque, Síria, Líbano, entre outros) apresentam uma relação inversamente proporcional às condições de vida (acesso a saneamento básico, abastecimento de água e saúde) e à incidência da doença. Essa mesma revisão identificou associação entre a incidência da TB em populações vulneráveis que vivem abaixo da linha de pobreza, que recebem assistência governamental relativa à renda e que estão desempregadas (San Pedro, Oliveira, 2013).

Para Farmer (1997), a TB emergiu das camadas mais pobres da sociedade, uma vez que esse grupo é social e clinicamente segregado. Há um aumento mundial da população que vive em extrema pobreza, assim como há concentração de pobreza em subgrupos da população. Esse aumento pode estar associado a crises sociais e políticas. Assim, o controle da TB não pode ser alcançado apenas buscando-se melhorias de indicadores de metas direcionadas restritamente à doença. Criar uma sociedade mais justa é fundamental para melhorar a saúde de toda a população e assegurar a sua distribuição equitativa. Desta forma, reduzir as desigualdades na saúde não requer uma agenda de saúde separada, mas constitui-se em ação em toda a sociedade. Para isso, as ações devem ser universais. Ações focalizadas e paliativas, embora sejam importantes e amenizem alguns problemas, não são capazes de realizar transformações que reduzam os problemas sociais e de saúde (Marmot, 2010; WHO, 2005).

1.2 A PROTEÇÃO SOCIAL

No século XX, a provisão de serviços sociais, cobrindo as mais variadas formas de risco da vida individual e coletiva, tornou-se um direito assegurado pelo Estado às camadas expressivas da população dos países capitalistas desenvolvidos. Entretanto, alguns países deram origem a programas de seguro social e políticas de proteção aos grupos mais vulneráveis (idosos e mulheres, por exemplos) no século antecessor, a exemplo da Alemanha e da Inglaterra. Tal fenômeno ficou conhecido como *Welfare State* e teve grande expansão no período do pós-guerra (Arretche, 1995).

Para Esping-Andersen (1995), o *Welfare State* é:

“(...) uma das marcas da ‘era dourada’ de prosperidade do pós-guerra, significou mais do que um simples incremento das políticas sociais no mundo industrial desenvolvido. Em termos gerais, representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política. Economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado, em favor da exigência de extensão da segurança do emprego e dos ganhos como direitos de cidadania; moralmente, a defesa das ideias de justiça social, solidariedade e universalismo”.

Voltemos ao passado. Com a Revolução Industrial, na Europa, em meados do século XIX, a pobreza deixou de ser reconhecida como fenômeno natural e passou a ser compreendida como questão social ligada ao trabalho. Nesse contexto, o Estado voltou-se para medidas que amparassem as atividades produtivas à medida que a reprodução da miséria se associava à classe trabalhadora. É importante ressaltar que a proteção social não elimina, por si só, a pobreza e as desigualdades sociais, mas busca neutralizar os riscos sociais criados pelos processos econômicos (Rezende, 2018; Viana, Machado, 2008).

Como já dito anteriormente, a Inglaterra e a Alemanha são exemplos de países que iniciaram suas políticas de *Welfare State* antes do século XX. Ambos os países criaram mecanismos de proteção social direcionada às melhores condições de vida e trabalho na segunda metade do século XIX, dentre os quais: melhor acesso aos cuidados de saúde e seguro contra acidentes de trabalho e aposentadorias. Os processos históricos específicos destes países, devido à Segunda Guerra Mundial, proporcionaram e impulsionaram a ampliação do acesso aos bens e aos serviços de saúde com a implementação de sistemas universais de saúde (Behling, 2018; Ferreira, 2016).

A Inglaterra teve um modelo de seguridade social na forma de políticas públicas inspiradas no princípio da justiça social. Nesse modelo, o Estado tem papel dominante na regulação, na promoção e na gestão dos bens e serviços sociais. Sua referência foi o Plano Beveridge, em 1942, que se pautou na condição de cidadania assegurada pelo Estado e previa a garantia de renda para as situações de perda da capacidade de trabalho (Fleury, Ouverney, 2015; Viana, Elias, Ibañez, 2005). Já a Alemanha teve um modelo de proteção social na forma de seguro social com a cobertura de grupos ocupacionais, por meio de uma relação contratual. Nesse caso, as políticas sociais são definidas em função da autonomia do corpo social, assim como pelas agências organizadoras, em que o Estado é responsável apenas pela normatização desses processos. Centrado na esfera do trabalho assalariado, assegurou direitos sociais em

consonância à participação no mercado de trabalho. O chanceler Otto Von Bismarck foi responsável pela sua implantação (Fleury, Ouverney, 2015; Giovanella, 1999).

A proteção social e as políticas sociais estão associadas às necessidades de segurança individuais e coletivas e devem incluir atividades destinadas a proteger pessoas em situação de vulnerabilidade, por meio da provisão de benefícios ou serviços, tais como: benefício monetário para idosos ou portadores de necessidades especiais, auxílio-doença, transferência de renda para famílias vulneráveis, políticas para melhorar as condições de trabalho, seguro desemprego, políticas habitacionais, saneamento básico, saúde e educação. Tais provisões devem ser realizadas por meio da intervenção de atores públicos, entretanto, podem incluir atores privados (Viana, Elias, Ibañez, 2005; WHO, 2002; WHO, ILO, 2009).

Situações de necessidades e vulnerabilidade, que requerem sistemas e políticas de proteção social, são originadas das iniquidades sociais produzidas ao longo do tempo. Uma das interpretações, a respeito de tais políticas, refere-se ao intuito de neutralizar possíveis situações de conflito entre a classe trabalhadora. Por outro lado, a criação da proteção social nasce, também, da necessidade de um comprometimento moral com a sociedade, no sentido de fornecer condições para superar ou minimizar a situação de pobreza. Esse entendimento, de cunho moral, teve origem caritativa associada à religião, principalmente no Cristianismo. A proteção social se consolida e expressa comprometimento político somente quando está posta na estrutura da sociedade (Viana, Elias, Ibañez, 2005).

No Brasil, a proteção social teve seus primeiros indícios em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituída pela Lei “Eloy Chaves”, a qual criava um fundo formado com a contribuição dos empregados, empregadores e Estado para a garantia de renda ao trabalhador em caso de velhice, invalidez ou por tempo de serviço. Outro marco importante para a proteção social brasileira foi o período entre 1930 a 1943, com a formação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, com formato semelhante ao das CAPs, mas organizados por categorias profissionais e não mais por empresas, e a expansão da legislação trabalhista com a Consolidação das Leis Trabalhistas (Cronemberger, Teixeira, 2015). Com a Ditadura Militar no Brasil (1964-1985) houve um retrocesso nos avanços das políticas de proteção social, as quais passaram a restringir-se a ações filantrópicas e ao amparo de trabalhadores formais e não rurais, com carteira de trabalho assinada. As políticas de saúde eram limitadas e executadas supondo a centralização financeira e administrativa do

Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e por programas verticais do Ministério da Saúde (MS) (Arretche, 1999, 2005; Fagnani, 2005).

Foi apenas na década de 1980, com a recuperação do Estado Federativo do Brasil e com a democratização, que foi possível a formulação da Constituição Federal de 1988. Com a nova Constituição, a população conquistou o amparo público para o enfrentamento da pobreza por meio da Seguridade Social (Saúde, Seguro Social e Assistência Social), por meio de programas contributivos (aposentadorias, auxílio-doença, entre outros benefícios previstos por leis específicas) e programas não contributivos (Benefício de Prestação Continuada e o Programa Bolsa Família). Ainda que se observem ações focalizadas às populações vulneráveis, a Constituição de 1988 supera as medidas caritativas e filantrópicas, orientando-se para a concepção de proteção social como um direito de todo o cidadão, independentemente de sua contribuição e vínculo trabalhista (Arretche, 1999; Jaccoud, 2009; Rezende, 2018).

É importante mencionar que a Constituição Federal de 1988 reafirmou, no Brasil, o federalismo, introduzindo um modelo onde os municípios também são considerados entes federados com autonomia e responsabilidades próprias. Portanto, a defesa da democracia e a proteção social, o combate à pobreza e à marginalização, entre outras atribuições, são competências de todos os entes federados, além da universalidade do direito à saúde (Fleury, 2020).

Além disso, o capítulo que trata da Ordem Social desvincula, pela primeira vez, direitos sociais da condição de trabalho, para inseri-los na condição universal da cidadania. Nesse capítulo, além dos direitos relativos à Seguridade Social, inclui um amplo componente, que envolve todos os direitos abrangidos na proteção social universal e na atenção diferenciada a grupos específicos (como crianças, adolescentes, idosos, e índios), além da sustentabilidade ambiental e preservação do patrimônio cultural, incluindo os que dizem respeito à democratização da comunicação e à promoção da soberania, por meio do desenvolvimento da ciência e tecnologia (Fleury, 2020).

Assim, o sistema de proteção social não se limita à oferta de benefícios fornecidos aos indivíduos em situação de pobreza. A garantia de direitos proporcionaria que as pessoas em situação de vulnerabilidade social enfrentassem as dificuldades inerentes às condições de vida e de trabalho, principalmente em caso de comprometimento decorrente da idade, doença, invalidez ou desemprego. Esses direitos são, em especial, garantidos na Constituição Federal

de 1988, no âmbito da Seguridade Social, em seus três pilares: Seguro Social, Saúde e Assistência Social (Jaccoud, 2009; Jaccoud, Bichir, 2017).

No Brasil, o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça alguns aspectos da realidade socioeconômica dessa população, por meio da identificação, escolaridade, situação de trabalho e renda, características da residência, entre outros. A partir desse instrumento, é possível o cadastro nos programas de assistência social, como: Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, Programa Minha Casa Minha Vida, Aposentadoria para Pessoas de Baixa Renda, além de outros. Destes programas, destaca-se o Programa Bolsa Família - PBF (Lei Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004), como programa mais importante e amplo para a superação da pobreza no país (Brasil, 2020b).

O PBF é um programa de transferência condicionada de renda, que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil. Foi criado em outubro de 2003 e busca superar a pobreza por meio do complemento mensal da renda e acesso à direitos por meio de condicionalidades. Estas não possuem caráter punitivo, mas sim de garantir que os direitos sociais básicos (educação, saúde e assistência social) cheguem à população em situação de pobreza e de extrema pobreza. Podem fazer parte do PBF, famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00¹ mensais e famílias com renda por pessoa entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00² mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos (Brasil, 2020c).

O valor que a família recebe por mês é a soma de vários tipos de benefícios previstos no Programa. Estes dependem da composição da família (número de pessoas, idade, presença de gestantes, por exemplo) e de sua renda beneficiária. São eles: Benefício Básico (R\$ 89,00); Benefício Variável Vinculado à Criança ou ao Adolescente de 0 a 15 anos (R\$ 41,00); Benefício Variável Vinculado à Gestante (R\$ 41,00); Benefício Variável Vinculado à Nutriz (R\$ 41,00); Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (R\$ 48,00) e Benefício para Superação da Extrema Pobreza. Esse último é destinado às famílias que continuem com renda mensal por pessoa inferior a R\$ 89,00, mesmo após receberem os outros tipos de benefícios do Programa, sendo o valor calculado caso a caso, de acordo com a renda e a quantidade de

¹ Corresponde a US\$ 16,70 (Fonte: Banco Central do Brasil, dia 26 de junho de 2020).

² Corresponde a US\$ 33,40 (Fonte: Banco Central do Brasil, dia 26 de junho de 2020).

pessoas da família, com o intuito de garantir que a família ultrapasse o piso de R\$ 89,00 de renda por pessoa (Brasil, 2020c).

Em 2019, 28.884.000 famílias encontravam-se inscritas no Cadastro Único, o que corresponde a 76.417.354 pessoas cadastradas. Destaca-se que, dessas famílias, 13.520.588 possuíam renda per capita familiar de até R\$ 89,00, ou seja, encontravam-se em situação de extrema pobreza. O PBF concedeu apoio, no mês de janeiro de 2020, à 13.228.015 famílias, que receberam benefícios com valor médio de R\$ 191,00 (Brasil, 2020d).

As fragilidades do PBF sobre a pobreza e a desigualdade decorrem de sua focalização nos mais pobres. Entretanto, os efeitos do Programa sobre a taxa de pobreza são maiores para linhas mais baixas. Devido aos valores relativamente baixos dos benefícios, as transferências contribuem para o alívio da pobreza, mas só conseguem retirar, de fato, as famílias dessa situação, caso sejam tomadas como referência, linhas de pobreza muito baixas. O Programa pode ter seu impacto medido, por exemplo, por meio do índice de Gini anual, que se refere à desigualdade de renda, que caiu entre 1,0% e 1,5% após a implementação do PBF (Brasil, 2019a).

Tendo visto alguns aspectos a respeito de algumas medidas de proteção social, com destaque para o principal Programa brasileiro, a próxima Seção tratará de algumas estratégias empregadas para o incremento da adesão ao tratamento da TB e que contribuem para amenizar o sofrimento das pessoas acometidas, por meio de benefícios/incentivos sociais.

1.3 MEDIDAS DE PROTEÇÃO, BENEFÍCIOS E INCENTIVOS SOCIAIS NO APOIO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

A adesão ao tratamento da TB é um grande desafio, uma vez que a sua descontinuidade pode desencadear a resistência à medicação, o prolongamento da cadeia de transmissão do bacilo, além de aumentar a possibilidade de morte (Herrero, Ramos, Arrossi, 2015; Reis-Santos et al., 2015). O tratamento com o Esquema Básico (doses combinadas de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) tem a duração de seis meses, podendo ser estendido por mais três meses. Quando há falência do Esquema Básico, devido à resistência microbiana, o paciente inicia o tratamento para a TB multidroga resistente (TB-MDR), que pode durar de 18 a 24 meses (Brasil, 2011). Além do intenso sofrimento do paciente, isso significa, também, um aumento importante dos custos do tratamento para o Estado.

A adesão ao tratamento não se limita à vontade individual do paciente, mas relaciona-se à sua concepção a respeito do processo saúde-doença, ao acolhimento recebido pelo serviço de saúde, à concepção dos próprios profissionais de saúde acerca do processo saúde-doença e às necessidades de saúde da população, assim como ao acesso e à organização dos serviços de saúde. Ademais, os modos de produção e reprodução de alguns grupos sociais aumentam substantivamente a possibilidade de adoecimento pela TB, ao lado de situações específicas, tais como: pessoas vivendo em situação de rua, usuários de álcool e drogas ilícitas e pessoas em vulnerabilidade social (Bertolozzi, 1998; Silva RD et al., 2017).

A fim de promover a adesão ao tratamento, a OMS recomenda, desde 1994, a Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS), a qual apresenta, entre seus componentes, o Tratamento Diretamente Observado (TDO). Este componente consiste na ingestão do medicamento durante a semana, na presença de um profissional de saúde (Reis-Santos et al., 2015). No Brasil, o tratamento da TB é realizado integralmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais funcionam cinco dias na semana (segunda à sexta-feira). A fase intensiva do tratamento consiste em 24 doses supervisionadas e, a fase de manutenção, em 48 doses supervisionadas, com a recomendação de serem realizadas nas UBS (Brasil, 2011).

Estudos apontam que o TDO fortalece o tratamento da doença, pois permite um ambiente de acolhimento e vínculo, o que contribui para a adesão. Embora alguns autores indiquem aspectos limitantes da estratégia, como a dificuldade do paciente em conciliar o tratamento diário com o trabalho, os benefícios dessa modalidade de tratamento superam suas fragilidades. Tal superação ocorre, principalmente, à medida que os profissionais que realizam o TDO consideram as singularidades e as necessidades de saúde do paciente em tratamento da TB (Queiroz et al., 2012; Shuhama et al., 2017).

Há um esforço mundial na implementação de medidas para o controle e o combate à TB. Como anteriormente apontado, este esforço justifica-se, pois a não adesão ao tratamento contribui para o aumento da transmissão do bacilo e pode resultar em multirresistência às drogas. Ao postular-se que a TB é socialmente determinada, o acesso das pessoas às condições dignas de vida repercute diretamente no processo saúde-doença e, conseqüentemente, na incidência da enfermidade. Nesse sentido, a proteção social deve constituir a estrutura da sociedade, no formato de políticas dirigidas à superação das desigualdades e ao alcance da eliminação da TB. Isso se deve à compreensão de que o sucesso

no tratamento da TB vai além da simples ingestão da medicação, mas está vinculado a medidas que conduzam as pessoas a uma vida digna, como acesso à alimentação, condições de habitação, emprego, acesso à informação e aos serviços de saúde, dentre outras (Hino et al., 2012; Orlandi, 2015).

Tendo-se em vista que, em geral, as pessoas acometidas pela TB vivenciam restrições socioeconômicas e que, muitas vezes, a condição debilitante da doença pode desencadear na impossibilidade da pessoa em desenvolver atividades laborais, compreende-se que as medidas de proteção social podem ser fundamentais no enfrentamento de situações de vulnerabilidade social. Ademais, pessoas com TB enfrentam, durante o tratamento, custos adicionais, em virtude de despesas com transporte para acessar os serviços de saúde, além dos gastos correntes do cotidiano e, principalmente, sofrer decréscimo de renda, decorrente da perda do trabalho ou da redução na produtividade (Marmot et al., 2012; Lönnroth et al., 2014).

Além de medidas de proteção social direcionadas à população como um todo, ou seja, em tratamento ou não da TB, a OMS enfatiza a importância do suporte econômico para os pacientes em tratamento da enfermidade. Esse suporte pode ser concretizado por transferência de renda, cestas básicas ou apoio nutricional, vale-transporte, artigos de higiene pessoal, dentre outras possibilidades. Em alguns casos, também se inclui o auxílio-doença e proteções específicas ao trabalho, habitação e acesso aos cuidados em saúde. Tais incentivos fortalecem a adesão ao tratamento e minimizam o sofrimento das pessoas acometidas pela TB. Países com alta carga da doença iniciaram algum tipo de intervenção no âmbito da proteção social, a exemplo da Índia, Quênia, Filipinas e África do Sul, que introduziram, entre outras ações, a oferta de benefícios alimentares. Entretanto, ressalta-se que ainda existem desafios a serem enfrentados em todos estes países, como a limitação da cobertura e do financiamento desses benefícios (WHO, 2016).

No Brasil, o MS recomenda a oferta de incentivos e benefícios sociais, como lanches, auxílio alimentação e vale-transporte para incrementar o TDO, mesmo antes da Estratégia *End TB*, que recomenda medidas de proteção social direcionadas à TB. O vale-transporte facilitaria o acesso do paciente à unidade de saúde e se constitui como um apoio para a realização de exames. Entretanto, é surpreendente que não haja legislação nacional que regulamente e garanta a oferta desses incentivos aos pacientes em tratamento supervisionado. Apenas alguns municípios apresentam legislação específica, que concede benefícios às pessoas em tratamento, com destaque para o Município de São Paulo, que isenta o paciente do

pagamento em transporte coletivo para seu deslocamento até a unidade de tratamento (Brasil, 2011; OPAS, 2015).

Em relação aos demais municípios brasileiros, em 2015, dos 181 prioritários para o controle da TB, 81 (44,8%) informaram disponibilizar um ou mais tipos de incentivos. Em relação ao tipo de incentivo, 73 municípios disponibilizavam algum tipo de auxílio-alimentação, em sua maioria, cestas básicas; 33 ofereciam vale-transporte; e 20 ofertavam lanche para incentivar a realização do TDO (Brasil, 2015).

Além dos incentivos sociais relacionados ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), recomendados pelo MS, os contribuintes do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) têm direito ao auxílio-doença e à aposentadoria por invalidez (quando aplicável). O auxílio-doença é um benefício ofertado ao segurado do INSS que comprove, em perícia médica, estar temporariamente incapaz para o trabalho em decorrência de doença ou acidente. Tanto o auxílio-doença quanto a aposentadoria por invalidez, no caso da tuberculose ativa e de outras 13 doenças ou agravos, podem ser concedidos sem período de carência, após filiação ao INSS (Brasil, 1991).

A fim de dar maior consistência em relação ao estado da arte a respeito do tema, realizou-se uma revisão da literatura para mapear as ações e políticas de proteção social aos pacientes em tratamento da TB, já postas em prática em diferentes países.

1.3.1 Revisão da literatura

Realizou-se uma revisão de escopo com cinco etapas: (1) Identificação da questão de pesquisa; (2) Identificação de estudos relevantes, (3) Seleção de estudo, (4) Extração dos dados e (5) Agrupamento, resumo e relato dos resultados (Arksey, O'Malley, 2005). A seguinte pergunta orientou a pesquisa: "Quais são as medidas de proteção social que melhoram a carga da TB?". A busca foi realizada nas bases de dados Scielo, PubMed, Lilacs e Scopus. Utilizou-se os termos MESH *Tuberculosis* e *Public Policy*, bem como o termo de entrada *Social Protection*. A principal estratégia de busca foi (*Tuberculosis*) AND ("*Social Protection*" OR "*Public Policy*"), considerando, em cada base de dados, a busca em todos os campos (título, resumo, texto completo). Foram incluídos estudos publicados até 6 de novembro de 2019 e nenhuma restrição de idioma foi aplicada. Os estudos encontrados foram organizados no Programa Mendeley®, que ajudou a organizar o material e a identificar duplicadas na literatura.

Os critérios de inclusão foram proteção social apresentada como política pública e estudos sobre tuberculose. Os critérios de exclusão foram tuberculose em animais; estudos que não abordavam a proteção social como política pública, que não informaram a influência nos indicadores epidemiológicos da TB, comentários e texto completo não disponível.

A seleção dos estudos foi realizada em quatro etapas. Primeiro, foi introduzida a estratégia de busca em cada banco de dados (1); os artigos foram selecionados pelo título (2), selecionados pela leitura do resumo (3) e, na última etapa, foram lidos os textos completos selecionados na terceira etapa (4). A Figura 1 mostra o diagrama de fluxo PRISMA da estratégia de pesquisa e dos artigos selecionados.

Figura 1 - Estudos encontrados nas bases de dados. São Paulo, 2019.

As informações extraídas dos estudos foram: autores, título, ano de publicação, país, desenho da pesquisa, proteção social e a influência dessas medidas no tratamento da TB.

Dada a heterogeneidade do desenho e dos resultados do estudo, as evidências coletadas foram analisadas por meio de uma síntese descritiva e narrativa.

Foram identificadas 17 publicações, das quais 13 eram estudos quantitativos (5 coortes, 3 transversais, 2 ecológicos, 1 caso-controle, 1 quase-experimental e 1 estrutura conceitual), 3 revisões e 1 estudo qualitativo. Todos os estudos encontraram relação entre medidas de proteção, sejam elas inerentes ao tratamento da TB com medidas para melhorar as condições de vida da população em geral, ou com a melhora de indicadores da TB (Quadro 1).

Quadro 1 - Síntese dos estudos encontrados na revisão. 2019

(Continua)

Autores	Título	Ano	País	Desenho	Proteção social	Influência
Boccia et al.	Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications	2011	-	Revisão	Transferência de renda e intervenções de microfinanças	Melhoria do acesso das pessoas ao serviço de saúde e redução da vulnerabilidade à TB, melhorando a posição socioeconômica das famílias e a segurança alimentar.
Claros et al.	Adherence to HIV and TB Care and Treatment, the Role of Food Security and Nutrition	2014	-	Revisão	Segurança/Assistência Alimentar e Nutricional (suficiência alimentar, diversidade alimentar)	Melhora na adesão e/ou conclusão do tratamento. Os benefícios sociais (alimentos, dinheiro ou vouchers) podem atenuar os efeitos negativos da TB, protegendo as despesas mínimas adicionais.
Pee et al.	The Enabling effect of food assistance in improving adherence and/or treatment completion for antiretroviral therapy and tuberculosis treatment: a literature review	2014	-	Revisão	Assistência alimentar (cupons de supermercado, alimento ou refeição pronta)	Melhora do resultado do tratamento da TB e/ou adesão às visitas clínicas/ tratamento, quando implementada entre populações afetadas pela insegurança alimentar e pobreza, particularmente quando a transferência de alimentos é condicional, como participar de consultas médicas regularmente.

Quadro 1 - Síntese dos estudos encontrados na revisão. 2019

(Continuação)

Autores	Título	Ano	País	Desenho	Proteção social	Influência
Reeves et al.	Social protection and tuberculosis control in 21 European countries, 1995-2012: A cross-national statistical modelling analysis	2014	Países europeus	Transversal	Políticas habitacionais, apoio ao desemprego, pensões para idosos, auxílio-doença e serviço público de saúde	Os países que mais investiram em proteção social mostraram declínio na prevalência, incidência e mortalidade de tuberculose, além de melhores taxas de cura e detecção de casos.
Kundu et al.	Innovative social protection mechanism for alleviating catastrophic expenses on multidrug-resistant tuberculosis patients in Chhattisgarh, India	2015	Índia	Transversal	Seguro de saúde promovido pelo Estado para pacientes em tratamento de TB multidroga resistente	Todos os pacientes da amostra estavam segurados pelo benefício e o gasto catastrófico estimado (US\$20,000 aproximadamente) foi economizado através do seguro de saúde.
Herrero et al.	Determinants of non-adherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment.	2015	Argentina	Transversal	Seguro de saúde e permissão de trabalho para exames	Pacientes com proteção social no trabalho apresentaram níveis mais altos de adesão do que aqueles com emprego sem proteção social ou desempregados ou inativos.
Torrens et al.	Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil.	2015	Brasil	Coorte	Programa de transferência de renda condicionada (Programa Bolsa Família)	Maior adesão ao tratamento entre as pessoas que receberam esse benefício.

Quadro 1 - Síntese dos estudos encontrados na revisão. 2019

(Continuação)

Autores	Título	Ano	País	Desenho	Proteção social	Influência
Siroka et al.	Association between spending on social protection and tuberculosis burden: A global analysis	2016	Países no mundo	Coorte	Assistência social, seguro social e proteção no trabalho	Os países que mais investiram em proteção social apresentaram queda na prevalência, incidência e taxa de mortalidade da tuberculose.
Nery et al.	Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence	2017	Brasil	Ecológico	Programa de transferência de renda condicionada (Programa Bolsa Família)	As cidades que tiveram mais de 70% de cobertura do Programa Bolsa Família tiveram redução significativa da TB durante o período avaliado (2004-2012).
Souza et al.	Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality	2018	Brasil	Ecológico	Programas de transferência de renda condicionada (Programa Bolsa Família) e atenção primária à saúde (Estratégia Saúde da Família)	Aumentar a cobertura da Atenção Primária à Saúde associou-se à redução da mortalidade por TB, em 16% e 20%, enquanto a alta cobertura do programa de transferência de renda condicionada contribuiu para uma redução da mortalidade em 12%.
Malacarne et al.	Factors associated with TB in an indigenous population in Brazil: the effect of a cash transfer program	2018	Brasil	Caso-controle	Programa de transferência de renda condicionada (Programa Bolsa Família)	Os benefícios do Programa Bolsa Família tiveram efeito protetor contra a TB ativa.

Quadro 1 - Síntese dos estudos encontrados na revisão. 2019

(Continuação)

Autores	Título	Ano	País	Desenho	Proteção social	Influência
Durovni et al.	The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data	2018	Brasil	Coorte	Programa de transferência de renda condicionada (Programa Bolsa Família)	Pacientes que receberam transferência condicional de renda tiveram taxa de cura mais alta.
Carter et al.	The impact of social protection and poverty elimination on global tuberculosis incidence: a statistical modelling analysis of Sustainable Development Goal 1	2018	Países no mundo	Estrutura conceitual	Programas de proteção social (seguro social, assistência social, intervenções no mercado de trabalho)	Estima-se que a expansão da cobertura da proteção social resultará em redução na incidência global de TB de 76,1% até 2035. O efeito da cobertura da proteção social, junto ao efeito de redução da incidência, causado pelo fim da pobreza extrema, resultará em redução na incidência de 84,3%.
Andrade et al.	Associação entre desfecho do tratamento, características sociodemográficas e benefícios sociais recebidos por indivíduos com tuberculose em Salvador, Bahia, 2014-2016	2019	Brasil	Coorte	Programas de proteção social - benefícios monetários (e.g. Programa Bolsa Família, aposentadoria, subsídio de doença) e incentivos sociais para TB - benefícios não monetários (e.g. alimentos, transporte)	Uma proporção maior de taxa de cura foi observada nos participantes que estavam inseridos em programas de proteção social (81,6%). Uma menor taxa de cura foi observada nos participantes que receberam benefícios não monetários (67,9%).

Quadro 1 - Síntese dos estudos encontrados na revisão. 2019

(Continuação)

Autores	Título	Ano	País	Desenho	Proteção social	Influência
Carter et al.	The impact of a cash transfer programme on tuberculosis treatment success rate: a quasi-experimental study in Brazil	2019	Brasil	Quase-experimental 1	Programa de transferência de renda condicionada (Programa Bolsa Família)	Entre os pacientes com TB que recebem o benefício, estima-se uma taxa de sucesso do tratamento de 10,58 pontos percentuais maior do que se esses pacientes não tivessem recebido o benefício. A proporção de sucesso no tratamento naqueles que não receberam benefícios foi de 76,6% em comparação com 87,2%, beneficiários do Programa
Olios et al.	Effect of the Bolsa Familia Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study	2019	Brasil	Coorte	Programa de transferência de renda condicionada (Programa Bolsa Família)	A taxa de cura foi 7,6% maior no grupo que recebeu o benefício do que no grupo que não recebeu. A proporção de pacientes que desistiram do tratamento foi 7% menor no grupo inserido no Programa Bolsa Família
Orlandi et al.	Social incentives for adherence to tuberculosis treatment	2019	Brasil	Qualitativo	Incentivos sociais (cesta básica e vale-transporte) para adesão ao tratamento da tuberculose	Os incentivos são aceitos como importantes para a adesão, principalmente no caso de pacientes em situações de extrema vulnerabilidade social. A provisão desses incentivos, juntamente com o TDO e o vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente com TB, reforçam a adesão ao tratamento.

Há concordância, entre os estudos, de que as condições de vida e as barreiras para o acesso das pessoas aos serviços de saúde influenciam na adesão ao tratamento da TB, sobretudo nas populações mais vulneráveis. Os estudos mostraram que a proteção social relacionada ao trabalho associa-se à maior adesão ao tratamento e que os pacientes que vivem situações de pobreza são propensos a apresentarem baixa adesão (Herrero et al. 2015; Siroka et al., 2016; Kundu et al., 2017; Carter et al., 2018).

O programa brasileiro de transferência condicionada de renda (Programa Bolsa Família) destacou-se como fortalecedor ao tratamento. Esse Programa foi implementado em 2003 e concede entre US\$18-175 mensalmente às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. De acordo com os estudos encontrados, essa política de proteção social aumentou a taxa de cura TB entre os pacientes beneficiados. Além disso, mostrou-se um declínio da incidência da TB com o aumento da cobertura nacional desse Programa. Esses estudos indicam que a política social de transferência de renda leva à melhoria das condições de vida das pessoas. Desta forma, os indicadores de incidência da TB refletem a diminuição da vulnerabilidade social dos grupos mais expostos a essa doença (Torrens et al., 2016; Nery et al., 2017; Souza et al., 2018; Malacarne et al., 2018; Durovni et al., 2018; Andrade et al., 2019; Oliosi et al., 2019).

O Brasil também se destacou na produção de estudos sobre medidas de proteção direcionadas ao tratamento da TB, assim como políticas sociais destinadas às populações vulneráveis. Em relação aos incentivos sociais para a TB, destaca-se a oferta de cesta básica ou vale-alimentação aos pacientes em TDO, como fortalecedores da adesão ao tratamento, pois, de certa forma, minimizam os desgastes relacionados às condições de vida desses pacientes. O vale-transporte também foi apontado como um facilitador no tratamento da doença, pois auxilia no deslocamento dos pacientes à unidade de saúde e aos serviços complementares para realizar exames (Andrade et al., 2019; Orlandi et al., 2019).

Medidas de proteção social para além de incentivos ao tratamento (cesta básica e vale-transporte, por exemplo) e programas de transferência de renda também foram relacionados à melhora dos indicadores da TB em outros países. Na Índia, um dos estados vinculou o Seguro Nacional de Saúde ao tratamento da TB multidroga resistente (TB-MDR), por meio de pacotes especiais (US\$500 por ano + US\$2 por visita ao serviço de saúde), promovendo uma economia de US\$20,000 durante o tratamento desses pacientes. Esse Seguro é

responsabilidade do governo federal indiano (75% dos custos) e estadual, especialmente para a população que vive abaixo da linha da pobreza. Nessa parceria, que envolve o Estado e o programa de controle da TB, o primeiro financia a totalidade do tratamento da TB-MDR para famílias abaixo e acima da linha de pobreza. Embora os autores não tenham realizado testes de associação entre a adesão ao tratamento e o recebimento do Seguro, tal estudo mostra-se relevante, na presente discussão, por indicar um avanço na proteção de um país que ocupa a primeira posição entre aqueles com maior carga da TB, no qual grande parte da população vivencia situação de pobreza e onde o tratamento da doença não é gratuito (Kundu et al., 2015).

Da mesma forma, evidencia-se em outros países a influência positiva das medidas de proteção social na melhora dos indicadores da TB, mesmo que essas não sejam destinadas exclusivamente para esses pacientes. Países que investem em políticas sociais avançam na melhora dos indicadores da TB. Como exemplo, podem ser citados países europeus, em que a cada aumento de US\$ 100 no total de gastos com proteção social (políticas de amparo às famílias em situação de vulnerabilidade social e idosos, subsídio voltado ao desemprego, acesso gratuito aos serviços de saúde, seguros em caso de invalidez, saúde e licença-maternidade, entre outros) constatou-se redução nas taxas de notificação, de incidência e de mortalidade da TB (Reeves et al., 2014). Por outro lado, da mesma forma que muitos países europeus, países latino-americanos e caribenhos, que investiram na atenção primária à saúde e em políticas sociais (seguro de saúde, proteção trabalhista, auxílio-doença, pensões por invalidez), também apresentaram diminuição da incidência da TB (Herrero et al., 2015; Souza et al., 2018; Andrade et al., 2019).

Embora se observe, na literatura, estudos que evidenciem a influência da proteção social nos indicadores da TB, justifica-se a realização do presente estudo devido à sua escassez e necessidade de se explorar o objeto de estudo, especificamente em determinada região do Município de São Paulo. O conhecimento sobre a influência de tais incentivos na adesão ao tratamento e no enfrentamento da pobreza pode fortalecer políticas públicas já existentes, assim como auxiliar na construção de novas medidas que visem o acesso equitativo aos serviços e a garantia de vida digna a todas as pessoas.

Perguntas de pesquisa

2 PERGUNTAS DE PESQUISA

- a) Os incentivos e medidas de proteção social influenciam a adesão ao tratamento da tuberculose?
- b) Qual o significado do recebimento dos incentivos e medidas de proteção social para os pacientes em tratamento da tuberculose?

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência de incentivos sociais e de medidas de proteção social no processo de adesão ao tratamento de pacientes com TB no Município de São Paulo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar o perfil sociodemográfico e características do tratamento da TB nas Supervisões Técnicas de Saúde de estudo;
- b) Identificar as características pessoais, relativas às condições de vida e trabalho e referentes ao tratamento e à doença das pessoas em tratamento da TB, participantes do estudo;
- c) Identificar os incentivos sociais e as medidas de proteção social ao tratamento da TB;
- d) Compreender o significado dos incentivos sociais e das medidas de proteção social para as pessoas em tratamento da TB;
- e) Compreender os processos de desgaste e fortalecimento vivenciados durante o tratamento da TB.

Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo observacional descritivo-analítico com abordagem quantitativa e qualitativa. Foi realizado em duas etapas. A Etapa 1 consiste em estudo transversal retrospectivo, a fim de apresentar um panorama sociodemográfico e clínico-epidemiológico da TB no local de estudo. A Etapa 2 consiste em estudo transversal, com abordagem qualitativa, a fim de compreender, mais profundamente, o fenômeno em estudo.

Estudos descritivos são, frequentemente, o início de uma investigação epidemiológica e consistem na descrição do estado de saúde de uma comunidade a partir de dados rotineiramente coletados (dados secundários) ou coletados diretamente através de questionários específicos (dados primários). Já os estudos analíticos abordam, com mais profundidade, as relações entre o estado de saúde e as outras variáveis (Bonita, Beaglehole, Bjellström, 2010).

Em estudos transversais, a produção do dado ou a observação do fenômeno é realizada em um único momento no tempo, ou seja, um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as suas características e correlações (Rouquayrol, Almeida Filho, 2006). Este tipo de desenho utiliza-se de amostra representativa da população e é frequente no campo da Saúde Coletiva. Ademais, os dados provenientes dos estudos transversais são úteis para avaliar as necessidades de saúde da população (Rouquayrol, Almeida Filho, 2006; Bonita, Beaglehole, Bjellström, 2010).

A pesquisa de abordagem qualitativa visa à captação do significado subjetivo na perspectiva dos participantes, que não pode ser quantificado, e é projetada para ser o mais aberta possível. Os objetos não são reduzidos em variáveis e, sim, representados em sua totalidade. Ela trabalha com o universo de significados e percepções que correspondem a um espaço mais profundo dos fenômenos a serem compreendidos. A pesquisa qualitativa é dinâmica, histórica e busca compreender todas as determinações, contradições e conflitos que acabam mediando o fenômeno estudado (Minayo, 2002; Flick, 2013).

A triangulação dos estudos (Etapas 1 e 2) está apresentada na seção de Discussão. A triangulação de diferentes abordagens foi escolhida a fim de explorar o fenômeno em suas diferentes facetas, considerando que os dados quantitativos e qualitativos se complementam,

pois a “realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (Minayo, 2002, p. 22). Desta forma, segundo Minayo e Minayo-Gómez (2003, p. 118),

“... os números (uma das formas explicativas da realidade) são uma linguagem, assim como as categorias empíricas na abordagem qualitativa o são, tratando-se, portanto, de duas formas de comunicação diferenciadas, devendo ambas convergir para a mesma meta anunciada no primeiro item, ou seja aproximar-se o mais possível da realidade a que se propõem a discutir”.

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO

No que diz respeito ao marco conceitual que conduziu a interpretação e discussão dos resultados, foi utilizado o conceito de adesão, proposto por Bertolozzi (1988). Segundo a autora, a adesão não se reduz a um comportamento volitivo, mas está estreitamente vinculada à forma como o indivíduo vive e se insere na sociedade (Bertolozzi, 1988).

Sendo a TB consagradamente uma enfermidade de natureza social, a Determinação Social do Processo Saúde-Doença foi adotada como referencial para a compreensão do fenômeno. A respeito desta concepção, Granda e Breilh (1989, p. 40) apontam que:

“[...] o processo saúde–doença é a síntese do conjunto de determinações que operam na sociedade concreta, produzindo, nos diferentes grupos sociais, o aparecimento de riscos e potencialidades característicos [...]. Certamente a qualidade de vida a que cada grupo socioeconômico está exposto é diferente e, portanto, é igualmente diferente sua exposição a processos de risco que produzem o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos ou potencializadores da saúde e da vida”.

Tal concepção é central na Epidemiologia Crítica (Breilh, 2006) e considera a dinamicidade e a historicidade dos fenômenos para a interpretação do processo saúde-doença, transcendendo a interpretação que se restringe aos aspectos individuais, mas incluindo também, os processos coletivos, sendo a organização da sociedade a dimensão fundamental que produz, em última instância, as manifestações deste processo (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2001). A Determinação Social constitui-se como uma crítica à Epidemiologia Clássica e multicausal e propõe o entrelaçamento entre os modos de viver, de adoecer e de morrer com o modo de produção predominante. Portanto, a Determinação Social explica a manifestação da TB como uma totalidade da vida cotidiana que incorpora a individualidade do homem doente,

sendo esta correspondente à sua posição na sociedade e ao modo como a sociedade se estrutura (Bertolozzi, 1998; Breilh, 2013).

Entende-se, desta forma, que as condições da vida são coletivamente produzidas. Os processos de desgaste e de fortalecimento para a vida são determinados, portanto, pelos modos de produção e de reprodução social. Assim, as relações socio-estruturais devem ser consideradas na compreensão do processo saúde-doença. Diferentemente da Epidemiologia Clássica, que se concentra nas manifestações individuais e biológicas, a Epidemiologia Crítica relaciona-se à determinação social do processo, isto é, busca compreender o processo saúde-doença característico dos grupos sociais. Cada grupo social apresenta condições de vida e perfis de saúde-doença específicos, os quais compõem um complexo processo organizado em três dimensões: estrutural, particular e individual (Breilh, 2006; Granda, Breilh, 1989).

A Dimensão Estrutural é formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações sociais, ou seja, refere-se à forma como está estruturada a sociedade. A Dimensão Particular é formada pelos processos de reprodução social, isto é, aqueles relativos à forma específica de produzir e consumir de cada grupo social. Essa Dimensão constitui, portanto, um nível intermediário que explica o padrão de vida do grupo, assim como os perfis de morbimortalidade peculiares de cada grupo social. A Dimensão Individual ou Singular é formada pelos processos e características individuais das pessoas e de pequenos grupos sociais, a exemplo dos seguintes elementos: sexo, idade, religião, escolaridade, rendimentos, entre outros (Granda e Breilh, 1989; Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2001).

Em relação à Proteção Social, adotou-se a definição da Organização Internacional do Trabalho (*International Labour Organization* - ILO) em que a proteção social é um direito humano e é definido como o conjunto de políticas e programas projetados para reduzir e prevenir a pobreza e a vulnerabilidade ao longo do ciclo da vida. Inclui benefícios para crianças e famílias, maternidade, desemprego, acidentes de trabalho, doença, velhice, incapacidade, sobreviventes e proteção à saúde. Além disso, os sistemas de proteção social tratam de todas essas áreas de política por meio de uma combinação de esquemas contributivos (seguro social) e benefícios financiados por impostos não contributivos, incluindo assistência social (ILO, 2017).

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.3.1 Etapa 1

Quadro 2 - Variáveis relativas ao perfil das pessoas que realizaram tratamento da TB entre 2015-2017 nas STS Butantã, Campo Limpo e Penha ³.

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO
Sexo	Feminino, masculino
Raça/Cor	Amarelo, branco, indígena, pardo, preto
Idade	Em anos, faixa etária
Nacionalidade	País de origem
Tabagismo	Sim, não
Alcoolismo	Sim, não
HIV/AIDS	Sim, não
Diabetes	Sim, não
Drogadição	Sim, não
Doença mental	Sim, não
Outras imunodepressões	Sim, não
Outras doenças	Sim, não
Nenhuma doença	Sim, não
Tipo de caso	Novo, recidiva, retratamento após abandono, retratamento após falência/resistência, retratamento após mudança de esquema por intolerância/intoxicação
Tipo de tratamento	Tratamento Diretamente Observado (TDO), Autoadministrado (AA)
Doses consumidas	Número de doses em TDO
Tipo de unidade de notificação	Unidade Básica de Saúde, Centro de Referência DST/AIDS, Hospital/Pronto Socorro, Serviço de Atenção Prisional
Classificação da forma clínica	Pulmonar, Extrapulmonar, Pulmonar + Extrapulmonar
Forma Clínica principal	Pulmonar, pleural, ganglionar, genital, intestinal, meníngea, miliar, oftálmica, óssea, pele, vias urinárias, outras
Tipo de encerramento	Cura, Abandono, Mudança de diagnóstico, Óbito por TB e não TB, Transferência para outro estado/país, Mudança de esquema por intolerância/toxicidade

4.3.2 Etapa 2

O instrumento (APÊNDICE A) utilizado para a captação dos dados integra variáveis referentes às características pessoais e condições econômicas e sociais (Quadro 3), características da doença e do tratamento (Quadro 4) e referentes às condições de vida e aos incentivos e medidas de proteção social (Quadro 5) das pessoas em tratamento da TB.

³A vinculação ao Programa Bolsa Família se constitui como uma medida de proteção social e consta como variável na nova Ficha de Notificação Compulsória da TB. Entretanto, esse dado é irregularmente preenchido ou não preenchido e não foi fornecido pela COVISA.

Quadro 3 - Variáveis referentes às características pessoais e condições econômicas e sociais das pessoas em tratamento da tuberculose.

Variáveis	Descrição
Sexo	Masculino ou feminino
Anos de estudo	Nenhum, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 ou mais
Idade	Em anos
Comorbidades	Não, sim
Tipo de comorbidade	Especificar
Situação familiar/conjugal	Convive com companheiro(a), convive com pessoas com laços consanguíneos, convive com pessoas sem laços conjugais ou consanguíneos, vive só
Número de pessoas que moram na casa	Mora sozinho, uma, duas, três, quatro, cinco, seis ou mais
Situação de moradia	Casa própria, casa alugada, casa cedida, casa ocupada, albergue, morador de rua, outros
Exposição referida	Violência, enchente, moradia em condições inadequadas, não exposto
Número de pessoas com quem o paciente compartilha a renda	Não compartilha, 1 a 2, 3 a 4, 5 a 6, mais de 7
Possui atividade laboral	Sim, Não
Situação da atividade laboral e não laboral	Do lar, contribuinte com a Previdência Social (PS), do lar não contribuinte com a PS, empregado contribuinte com a PS, empregado não contribuinte com a PS, autônomo contribuinte com a PS, autônomo não contribuinte com a PS, desempregado, licença devido a doença, aposentado, estudante, outro
Impedimento da continuidade das atividades de trabalho/estudo devido à doença	Não, Sim, Não sabe/Não respondeu

Quadro 4 - Variáveis referentes às características da doença e do tratamento das pessoas em tratamento da tuberculose.

Tipo de serviço de saúde que diagnosticou a doença	UBS/UBSF, UPA/AMA, ambulatório de referência da tuberculose, hospital público, hospital privado, consultório médico privado, outro
Tempo gasto para chegar ao serviço de saúde	Menos que 30 minutos, 20 a 59 minutos, 1 hora a 1 hora e meia, 1 hora e meia a 2 horas, mais de duas horas
Tipo de caso/entrada no sistema	Caso novo, recidiva, reingresso após abandono, transferência
Forma clínica da tuberculose	Pulmonar, extrapulmonar, pulmonar e extrapulmonar
Tipo de tratamento para a tuberculose	Tratamento Diretamente Observado (TDO), autoadministrado (AA)
Tipo de encerramento*	Cura, Abandono, Transferência, Mudança de diagnóstico

*Disponibilizado pela Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), por meio do TBWeb (Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose).

Quadro 5 - Variáveis referentes às condições de vida e modalidades de incentivo e medidas de proteção social no Sistema de Proteção Social Brasileiro.

Variável	Descrição
Suficiência relatada da renda para comer	Não, Sim, não se aplica
Suficiência relatada da renda para o transporte	Não, Sim, não se aplica
Suficiência relatada da renda para morar	Não, Sim, não se aplica
Suficiência relatada da renda para vestir	Não, Sim, não se aplica
Suficiência relatada da renda para o lazer	Não, Sim, não se aplica
Suficiência relatada da renda para a saúde	Não, Sim, não se aplica
Suficiência relatada da renda para a educação	Não, Sim, não se aplica
Formas de incentivo ao tratamento	Vale transporte, cesta básica
Outras fontes de renda	Bolsa família, auxílio-doença

Conforme mencionado em Seção anterior, o instrumento apresenta questões abertas norteadoras, a fim de captar os significados contidos nos depoimentos e foram as seguintes: 1) Conte o que ajudou o(a) Sr(a) no tratamento da TB; 2) Conte o que atrapalhou o(a) Sr(a) no tratamento da TB; 3). Sobre os benefícios que recebeu, e se o(a) Sr(a) não os tivesse? Teria condições de fazer o tratamento?

4.4 LOCAL DO ESTUDO

Ambas as etapas do estudo foram desenvolvidas nas Supervisões Técnicas de Saúde (STS) do Butantã, Campo Limpo e Penha. Estas Supervisões estão geograficamente localizadas, respectivamente, na região Oeste, Sul e Sudeste do Município de São Paulo (MSP). O MSP possui população estimada de 12.252.023 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2019). Dentre as STS do estudo, Butantã possui 456.798 habitantes, Campo Limpo possui 681.059 habitantes e Penha possui 473.402 habitantes (São Paulo, 2019). O MSP é dividido em seis Coordenadorias de Saúde (CS): Centro, Oeste, Sudeste, Leste, Norte e Sul. Por sua vez, estas CS são subdivididas em 27 Supervisões Técnicas de Saúde (STS). A divisão das CS e STS pode ser visualizada na Figura 2.

No MSP, estão distribuídas 383 UBS, 24 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 85 UBS/AMA, 13 unidades de Pronto Socorro Municipal e Pronto Atendimento, 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 16 Serviços de Atendimento Especializado, 10 Centros de Testagem e Aconselhamento, 49 unidades de Atenção Especializada Ambulatorial, 26 Centros de Referência DST/AIDS, 30 Unidades de Vigilância em Saúde, entre outros serviços (São Paulo, 2020).

Figura 2 - Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2020.

Fonte: Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde Município de São Paulo. Acessado em 2020 mar. 03. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Super.pdf.

4.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

4.5.1 Etapa 1

Para o estudo transversal retrospectivo, a população do estudo consistiu em pacientes que iniciaram o tratamento para TB, sob todas as formas clínicas, no período de 2015 a 2017. Foram incluídos os casos que realizaram o tratamento em Unidades Básicas de Saúde pertencentes às STS Butantã, Campo Limpo e Penha no MSP. Não houve restrição de faixa etária ou idade.

4.5.2 Etapa 2

Para o estudo transversal, foram incluídos pacientes em tratamento da TB nas UBS das STS Butantã, Campo Limpo e Penha e que, no momento da coleta de dados, tinham mais de 18 anos. Ser portador de qualquer transtorno de que impossibilitasse a participação na entrevista, e estar em reclusão prisional foram critérios de exclusão. A amostra foi não probabilística, portanto, obteve-se uma seleção dos indivíduos por conveniência.

4.6 COLETA DE DADOS

4.6.1 Etapa 1

Os dados são provenientes de banco de dados secundários do TBWeb (Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de TB do Estado de São Paulo), fornecido pela Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) do MSP, e foram coletados mediante autorização prévia. Os dados exportados são referentes ao período de 2015 a 2017. A extração dos dados do TBWeb foi realizada em abril de 2018.

4.6.2 Etapa 2

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado (APÊNDICE A), contendo questões abertas, fechadas e mistas. As entrevistas ocorreram entre agosto/2015 e julho/2017. Todos os pacientes foram entrevistados no serviço de saúde em que realizavam o tratamento da doença, em local privado, mantendo-se o sigilo necessário. As questões abertas foram áudio-gravadas.

4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.7.1 Etapa 1

As variáveis quantitativas foram sistematizadas em um banco de dados no *Microsoft Office Excel 2007* e transferidas ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) para a realização da análise descritiva dos dados (frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão). Também foi aplicado o teste qui-quadrado (ou teste Exato de Fisher, quando necessário), além de Kruskal-Wallis e ANOVA, para verificar a associação entre as variáveis. O nível de significância utilizado em todos os testes foi de 5% e o nível de confiança foi de 95%.

4.7.2 Etapa 2

As variáveis quantitativas foram sistematizadas em um banco de dados no *Microsoft Office Excel 2007* e transferidas ao programa SPSS versão 22.0 (Inc., Chicago, IL, EUA) para a realização da análise descritiva dos dados (frequências absolutas e relativas).

Para a análise dos depoimentos, realizou-se, primeiramente, a transcrição na íntegra das respostas às questões abertas áudio-gravadas. Após esse processo, os depoimentos foram analisados por meio de Análise de Discurso (Fiorin, 1989), fundamentada no Percurso Gerativo de Sentido greimasiano, e que foi adaptada por Car e Bertolozzi (1999), para aplicação na área da saúde. Esse método possibilita a compreensão global do discurso, identificando os elementos concretos (figuras) e os elementos abstratos (temas), para a construção de frases temáticas que sintetizem os significados extraídos dos depoimentos (Fiorin, 1989). Tais frases foram agrupadas segundo as categorias prevalentes.

A Análise de Discurso (Bertolozzi MR, 1998; Fiorin, 1989) apresenta três níveis: fundamental, narrativo e discursivo. O primeiro abriga as categorias semânticas que estão na base da construção do discurso. Este nível procura explicar os níveis mais abstratos da produção, do funcionamento e da interpretação do discurso. O segundo nível apropria-se dos valores dos objetos: modais (são o querer, o dever, o saber e o poder fazer – necessários para obter outro objeto) ou de valor. No terceiro nível organizam-se os sentidos do texto. Assim, as formas abstratas do nível narrativo são revestidas de temas que lhe dão concretude. O discurso não se limita a um conjunto de signos ou pensamentos, assim como não é neutro e nem natural, mas relaciona-se ao modo como o homem compreende a sua realidade. Esse processo é histórico-social e, portanto, está vinculado aos processos de vida e trabalho do grupo estudado (Brandão, 2004).

A fim de ilustrar a trajetória para a construção das frases temáticas, construiu-se um fluxograma baseado nos níveis propostos acima (Bertolozzi, 1998; Fiorin, 1989), com o intuito didático, para a compreensão do processo (Figura 3). Desta forma, após a realização de todas as etapas e processos descritos na Figura 3, cada sujeito recebeu um número e cada frase temática apresenta outro número, ordenado sequencialmente, precedido de um ponto, por exemplo: “1.5” Trata-se do sujeito 1, cuja frase temática é de número 5. Na seção dos resultados, alguns excertos de frases dos depoimentos foram apresentados para exemplificar as frases temáticas. Somente foram selecionadas as frases temáticas que guardavam alguma relação ao objeto central do estudo. Tais frases estão dispostas no APÊNDICE C. O programa

webQDA® foi utilizado para o agrupamento das frases temáticas em cada categoria da Análise do Discurso.

Figura 3 - Fluxograma da análise dos depoimentos.

4.8 PRECEITOS ÉTICOS

Por integrar o estudo “Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil”, o projeto já possuía aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, parecer de número 952.223 de 09/02/2015 (ANEXO 1), e pelo CEP da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, Parecer de número 973.030 de 05/03/2015 (ANEXO 2). Os pacientes participaram do estudo mediante aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O acesso às informações do TBWeb foi obtido da COVISA, mediante a autorização e apresentação do parecer do CEP da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 ETAPA 1

No Gráfico 1, verifica-se a distribuição dos casos de acordo com os meses de cada ano do estudo. O maior número registrado de casos no ano de 2015, 2016 e 2017 foi, respectivamente, em outubro, agosto e em agosto novamente. Em relação ao número de casos, 746 pessoas iniciaram o tratamento em 2015, 701 pessoas em 2016 e 778 em 2017. Desta forma, fizeram parte desta análise, 2.225 casos.

Gráfico 1 - Número de casos de tuberculose (TB) notificados e distribuídos por mês. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos casos de TB, observa-se a predominância do sexo masculino (1452: 65,3%), da raça parda (915: 41,2%) e da faixa etária considerada produtiva, entre 15 e 49 anos⁴, (1584: 71,2%). Em relação à nacionalidade, verifica-se predomínio de brasileiros (1451: 65,0%), mas é importante observar variação em relação à nacionalidade de origem dos pacientes. Em relação às comorbidades, predominaram as pessoas que não as apresentaram (948: 42,6%). Entre aquelas que tinham comorbidades, verificou-se presença de tabagismo (422: 19,0%), alcoolismo (324: 14,6%) e drogadição (275: 12,4%) como preponderantes (Tabela 1).

⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em 19 Fev 2020.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes com tuberculose. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.

	CARACTERÍSTICAS	N	%
Sexo	Masculino	1452	65,3
	Feminino	773	34,7
Raça	Pardo	915	41,2
	Branco	732	32,9
	Negro	312	14,0
	Amarelo	29	1,3
	Indígena	8	0,3
	Ignorado	229	10,3
Faixa etária	< 1 ano	9	0,4
	01 – 04	25	1,1
	05 – 09	14	0,6
	10 – 14	39	1,8
	15 – 19	148	6,7
	20 – 29	554	24,9
	30 – 39	501	22,5
	40 – 49	381	17,1
	50 – 59	279	12,5
	60 – 69	158	7,1
	70 – 79	84	3,8
	> 80 anos	33	1,5
Nacionalidade	Brasil	1451	65,0
	América do Sul	75	3,3
	África	2	0,2
	América do Norte / Central	1	0,1
	Ásia	1	0,1
	Europa	1	0,1
	Ignorado	694	31,2
Comorbidades	Nenhuma doença	948	42,6
	Tabagismo	422	19,0
	Alcoolismo	324	14,6
	Drogadição	275	12,4
	Outras doenças	226	10,2
	HIV/AIDS	186	8,4
	Diabetes	125	5,6
	Doença mental	29	1,3
	Outras imunodepressões*	21	0,9

*Não especificadas no TBWeb.

Na Tabela 2 é possível observar as características da doença e do tratamento nos pacientes. Houve predominância de casos novos (1917: 86,0%), pessoas em TDO (1698: 78,5%), a classificação da forma clínica e principal forma clínica foi a pulmonar (1804:

81,1%; 1893: 84,8%) e com o encerramento de cura (1334: 59,8%) após o tratamento, mas o abandono também foi expressivo (254: 11,4%).

Tabela 2 - Características do tratamento dos pacientes com tuberculose. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.

Características		N	%
Tipo de caso	Novo	1917	86,0
	Recidiva	166	7,5
	Retratamento após abandono	140	6,3
	Retratamento após falência/resistência	1	0,1
	Retratamento após mudança de esquema	1	0,1
Tipo de tratamento	TDO	1698	78,5
	Autoadministrado	465	21,5
	Ignorado	62	2,8
Classificação da forma Clínica	Pulmonar	1804	81,1
	Extrapulmonar	326	14,7
	Pulmonar + Extrapulmonar	89	4,0
	Disseminada	6	0,3
Forma clínica principal	Pulmonar	1893	84,8
	Pleural	181	8,1
	Ganglionar periférica	61	2,7
	Meníngea	19	0,9
	Oftálmica	16	0,7
	Óssea	12	0,5
	Intestinal	6	0,3
	Múltiplos órgãos	6	0,3
	Pele	3	0,2
	Vias Urinárias	3	0,2
	Genital	1	0,1
	Miliar	1	0,1
	Outras	23	1,0
Tipo de encerramento	Cura	1334	59,8
	Abandono	254	11,4
	Mudança de Diagnóstico	57	2,6
	Óbito não TB	52	2,3
	Transferência para outro estado/país	35	1,6
	Óbito TB	33	1,5
	Falência/resistência	1	0,1
	Mudança de esquema por intolerância/toxicidade	1	0,1
	Ignorado	458	20,6

Na Tabela 3, observam-se características relacionadas ao desfecho do tratamento. Verificou-se associação significativa entre a cura e a idade média de 37,7 anos (DP 16,6) ($p < 0,001$). A raça ($p = 0,026$), o tipo de caso ($p < 0,001$), a classificação da forma clínica

($p<0,001$), o tipo de tratamento ($p<0,001$) e algumas comorbidades, como HIV/AIDS ($p<0,001$), alcoolismo ($p<0,001$), drogadição ($p<0,001$) e outras doenças ($p<0,001$) também se associaram significativamente à cura. Em relação à raça, destaca-se a população de cor preta (172: 68,8%), que apresentou menor taxa de cura em relação aos demais grupos. As pessoas em retratamento após abandono (43: 34,4%) também apresentaram baixa cura em comparação às pessoas que iniciaram o tratamento em sua primeira vez (1.196: 78,6%) ou em caso de recidiva (95: 79,2%).

Continuando a análise da Tabela 3, em relação à forma clínica da doença, pessoas com TB extrapulmonar (217: 82,5%) ou TB pulmonar (1.062: 74,5%) apresentaram maior porcentagem de cura do que aquelas com a forma disseminada (3: 60,0%). Pacientes que realizaram o tratamento na modalidade de TDO (1.090: 81,0%) apresentaram maior cura do que aqueles que realizaram o tratamento autoadministrado (235: 60,2%). Em relação às comorbidades, observa-se que a população vivendo com HIV/AIDS (76: 54,7%) e a população que faz uso de álcool (160: 62,5%) e drogas (108: 50,2%) apresentaram menor taxa de cura. Pessoas que não apresentaram outras doenças (1208: 76,0%) obtiveram maior cura.

Tabela 3 - Características dos pacientes com tuberculose e desfecho do tratamento. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.

Características		Cura		Abandono		<i>p-value</i> **
		Nº	%	Nº	%	
Idade	Média (DP*)	37,7	(16,6)	33,9	(12,1)	<0,001 ^(a)
Raça	Pardo	566	78,4	90	12,5	0,026
	Branco	440	76,3	75	13,0	
	Preto	172	68,8	56	22,4	
	Amarelo	18	81,8	1	4,5	
	Indígena	6	85,7	1	14,3	
Sexo	Masculino	863	75,0	177	15,4	0,171
	Feminino	471	76,5	77	12,5	
Nacionalidade	Brasil	961	76,2	187	14,8	0,764 ^(b)
	América do Sul	41	69,5	11	18,6	
	América Norte/Central	1	100,0	0	0,0	
	Europa	1	100,0	0	0,0	
	África	0	0,0	0	0,0	
	Ásia	0	0,0	0	0,0	
Tipo de caso	Novo	1196	78,6	164	10,8	<0,001
	Recidiva	95	79,2	17	14,2	
	Retratamento após abandono	43	34,4	73	58,4	
Classificação da forma clínica	Pulmonar	1062	74,5	234	16,4	<0,001
	Extrapulmonar	217	82,5	15	5,7	
	Pulmonar + extrapulmonar	52	70,3	5	6,8	
	Disseminada	3	60,0	0	0,0	
Tipo de tratamento	TDO	1090	81,0	158	11,7	<0,001
	Autoadministrado	235	60,2	81	21,4	
HIV/AIDS	Não	1258	77,3	219	13,4	<0,001
	Sim	76	54,7	35	25,2	
Diabetes	Não	1256	75,0	248	14,8	0,088
	Sim	78	83,9	6	6,4	
Tabagismo	Não	1096	76,4	191	13,3	0,061
	Sim	238	71,5	63	18,9	
Alcoolismo	Não	1174	77,7	184	12,2	<0,001
	Sim	160	62,5	70	27,3	
Drogadição	Não	1226	79,0	161	10,4	<0,001
	Sim	108	50,2	93	43,2	
Doença mental	Não	1316	75,4	252	14,4	0,451 ^(b)
	Sim	18	81,8	2	9,1	
Outras imunodepressões	Não	1326	75,7	251	14,3	0,060 ^(b)
	Sim	8	53,3	3	20,0	
Outras doenças	Não	1208	76,0	240	15,1	<0,001
	Sim	126	70,8	14	7,9	

*DP = Desvio Padrão. **Teste qui-quadrado de Pearson. (a) = ANOVA. (b) = Exato de Fisher. Para essa análise, fez-se necessário desconsiderar os dados registrados como ignorados (*missing*).

Na Tabela 4 observa-se que a média de doses consumidas pelos pacientes, e registradas, durante as duas fases do tratamento da TB teve associação significativa na cura da doença. Pacientes que alcançaram a cura apresentaram maior média de doses do que os

pacientes que abandonaram o tratamento, tanto na fase intensiva ($p<0,001$) quanto na fase de manutenção ($p<0,001$).

Tabela 4 - Médias de doses consumidas pelos pacientes durante o tratamento e desfecho.
STS Butantã Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.

Fase do tratamento	Desfecho	Média	DP	Min	Max	<i>p</i> -vaule*
Intensiva	Cura	27,9	18,3	0	131	<0,001
	Abandono	15,1	17,8	0	66	
Manutenção	Cura	51,5	36,3	0	194	<0,001
	Abandono	11,2	21,6	0	120	

*Teste Kruskal-Wallis. Para essa análise, fez-se necessário desconsiderar os dados registrados como ignorados (*missing*).

Considera-se o TDO, de acordo com as orientações do MS, como a observação da tomada da medicação em, no mínimo, três vezes por semana durante todo o tratamento, ou seja, 24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção. A Tabela 5 apresenta dados da estratégia TDO considerando a supervisão igual ou acima de três vezes na semana ($TDO \geq 3$ vezes), a estratégia TDO considerando a supervisão abaixo de três vezes na semana ($TDO < 3$ vezes) e o tratamento autoadministrado considerando nenhuma supervisão. Assim, observa-se que o tipo de tratamento apresenta associação significativa no desfecho do tratamento ($p<0,001$). Identifica-se que os pacientes em tratamento autoadministrado (OR 0,04; IC 95%: 0,02-0,08) e TDO abaixo de três vezes na semana (OR 0,04; IC 95%: 0,02-0,07) apresentaram menor taxa de cura do que os pacientes que realizaram o TDO com supervisão igual ou acima de três vezes na semana (693: 98,3%).

Tabela 5 - Desfechos segundo tipo de tratamento. STS Butantã, Campo Limpo e Penha.
São Paulo, 2015 – 2017.

Tipo de tratamento	Cura		Abandono		Odds Ratio (IC 95%*)	<i>p</i> -vaule**
	Nº	%	Nº	%		
TDO ≥ 3 vezes na semana	693	98,3	11	1,6	1,00 (referência)	<0,001
TDO < 3 vezes na semana	308	69,1	105	23,5	0,04 (0,02-0,07)	<0,001
Autoadministrado	203	71,3	58	20,5	0,04 (0,02-0,08)	<0,001

*IC=Intervalo de Confiança; **Teste Qui-quadrado de Pearson. Para essa análise, fez-se necessário desconsiderar os dados registrados como ignorados (*missing*).

A informação sobre os incentivos e medidas de proteção social não constava da Ficha de Notificação Compulsória da TB e, portanto, a COVISA não disponibilizou tais dados.

5.2 ETAPA 2

5.2.1 Caracterização dos pacientes

Integraram a amostra desta etapa do estudo 56 pacientes, sendo 75% (42) do sexo masculino. Em relação à idade, a maioria (36: 66,1%) encontrava-se na faixa etária considerada produtiva⁴, entre 15 e 49 anos. Ao analisar os anos de estudo, observa-se que a maioria dos pacientes possuía baixa escolaridade: 50% (28) estudaram entre 4 a 7 anos, 25% (14) estudaram de 1 a 3 anos e 5,4% (3) tinham menos do que um ano de estudo. Em relação à presença de comorbidades, destacam-se o tabagismo (19: 33,9%) e o alcoolismo (10: 17,9%). Entre os pacientes que relataram usar droga não injetável (4: 7,1%), todos relataram o uso de maconha. Dentre as outras comorbidades (11: 19,8%), verificaram-se: cardiopatia, bronquite, gastrite, hepatite A, hepatite B, principalmente (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos participantes do estudo segundo características pessoais. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.

	Características	Nº	%
Sexo	Masculino	42	75,0
	Feminino	14	25,0
Anos de estudo	Nenhum	3	5,4
	1 – 3	14	25,0
	4 – 7	28	50,0
	8 -11	9	16,1
	≥ 12	2	3,5
Idade	18 – 29	11	19,6
	30 – 39	16	28,6
	40 – 49	10	17,9
	50 – 59	13	23,2
	60 – 69	4	7,1
	70 – 79	2	3,6
Comorbidades	Tabagismo	19	33,9
	Alcoolismo	10	17,9
	HAS	5	8,9
	AIDS	4	7,1
	Droga não injetável	4	7,1
	Hepatite C	3	5,4
	Diabetes Mellitus tipo 1	2	3,6
	Diabetes Mellitus tipo 2	2	3,6
	Transtornos mentais	2	3,6
	Outra	11	19,8

Observa-se, na Tabela 7, que 83,9% (47) dos pacientes conviviam com companheiro ou com pessoas com as quais possuíam laços familiares. Quanto ao número de pessoas que

conviviam na casa com o paciente, grande parte relatou residir com três (16: 28,7%) ou duas pessoas (13: 23,2%). Embora em menor número, é importante observar que 14,3% (8) dos pacientes relataram residir em uma casa com seis pessoas. A respeito da situação de moradia, 67,8% (38) relataram ter casa própria e 1,8% (1) vivia em situação de rua. Observa-se que 26,8% (15) manifestaram sentirem-se expostos à violência, 10,7% (6) expostos à enchente e 8,9% (5) referiram que a moradia era inadequada.

Em relação à renda, a maioria dos pacientes relatou compartilhá-la com 3 a 4 pessoas (24: 42,8%) e 5,4% (3) a compartilhavam com 7 ou mais pessoas. Dentre os 67,9% (31) que realizavam algum tipo de atividade laboral, 32,1% (18) eram autônomos não contribuintes. Para os 32,1% (18) que declararam não realizar nenhum tipo de atividade laboral, 17,9% (10) encontravam-se em situação de desemprego e 3,6% (2) relataram estar em licença do trabalho devido à doença. Além desses, 3,6% (2) não quiseram responder, pois alegaram que não contribuíam para a renda familiar de nenhuma forma: um deles era estudante, e o outro estava desempregado. Mais da metade dos pacientes (29: 51,8%) relatou que a doença os impediu de trabalhar (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos participantes do estudo segundo alguns aspectos relativos às condições de vida e trabalho. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015 - 2017.

	Características	Nº	%
Situação familiar	Convive com companheiro/pessoas com laços familiares	47	83,9
	Convive com outras pessoas sem laços conjugais/familiares	5	8,9
	Vive só	4	7,2
Número de pessoas na moradia	Uma (mora sozinho)	4	7,1
	Duas	13	23,2
	Três	16	28,7
	Quatro	11	19,6
	Cinco	4	7,1
	Seis	8	14,3
	Sete	3	5,4
Situação de moradia	Casa própria	38	67,8
	Casa alugada	14	25,0
	Casa cedida	3	5,4
	Pessoa em situação de rua	1	1,8
Exposição	Violência	15	26,8
	Enchente	6	10,7
	Moradia inadequada	5	8,9
Compartilhamento da renda	Não compartilha	5	8,9
	1 a 2	16	28,6
	3 a 4	24	42,8
	5 a 6	6	10,7
	≥7	3	5,4
	Não sabe/Não respondeu	2	3,6
Exerce atividade laboral	Sim	38	67,9
	Não	18	32,1
Tipo de atividade laboral	Autônomo não contribuinte	18	32,1
	Empregado contribuinte	12	21,4
	Empregado não contribuinte	3	5,4
	Autônomo contribuinte	3	5,4
	Do lar não contribuinte	2	3,6
Tipo de atividade não laboral	Desempregado	10	17,9
	Aposentado	4	7,0
	Afastado/licença pela doença	2	3,6
	Estudante	2	3,6
Doença impediu de trabalhar	Sim	29	51,8
	Não	24	42,8
	Não sabe/Não respondeu	3	5,4

Quanto à suficiência da renda, 69,6% (39) relataram ter renda suficiente para alimentação, 62,5% (35) para arcar com as despesas de transporte, 80,3% (45) para a moradia, 62,5% (35) para o vestuário, 51,8% (29) para lazer e 58,9% (33) para a saúde. Em relação à suficiência da renda para a educação, 78,5% (44) optaram por não responder, pois não se encontravam estudando, ou não tinham filhos na escola ou porque tinham filhos que

estudavam na rede escolar pública e não consideraram ter gastos de sua renda com esta necessidade (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos participantes do estudo segundo aspectos relativos a outros elementos de condições de vida. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo. 2015 - 2017.

Suficiência da renda	Sim		Não		Não sabe/ Respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alimentação	39	69,6	16	28,6	1	1,8
Transporte	35	62,5	20	17,9	1	1,8
Moradia	45	80,3	10	17,9	1	1,8
Vestuário	35	62,5	20	35,7	1	1,8
Lazer	29	51,8	26	46,4	1	1,8
Saúde	33	58,9	22	39,3	1	1,8
Educação	9	16,1	3	5,4	44	78,5

Na Tabela 9 observa-se que 35,7% (20) tiveram o diagnóstico realizado pela UBSF/UBS e 32,1% (18) em hospital público. A maioria dos pacientes (52: 92,8%) declarou levar menos de 30 minutos para chegar à unidade de saúde e o tipo de caso prevalente foi o caso novo (48: 85,7%). Quanto à forma clínica da tuberculose, 89,3% (50) apresentavam a forma pulmonar, 8,9% (5) apresentavam a forma pleural e 1,8% (1) a forma indeterminada da doença. No caso deste último, embora tivesse exame de baciloscopia de escarro negativo, o diagnóstico e o início do tratamento ocorreram a partir do teste de PPD (*Purified Protein Derivative*), pois a reação foi maior do que 10 mm. Por este indivíduo ser profissional da saúde, optou-se pelo tratamento da TB ativa. A maior parte dos pacientes encontrava-se em TDO (46: 82,1%) e apresentou cura ao final do tratamento (51: 91%).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes do estudo segundo características da doença e do tratamento. STS Butantã, Campo Limpo e Penha. São Paulo, 2015-2017.

	Características	Nº	%
Unidade de diagnóstico	UBSF/UBS	20	35,7
	Hospital público	18	32,1
	UPA/AMA	9	16,1
	Hospital privado	6	10,7
	Ambulatório de referência em TB	1	1,8
	Consultório médico privado	1	1,8
	Centro de tratamento para DST/AIDS	1	1,8
Tempo para chegar à UBS	<30 min	52	92,8
	30 a 60min	2	3,6
	1h a 1h30min	2	3,6
Tipo de caso	Caso novo	48	85,7
	Recidiva	7	12,5
	Reingresso após abandono	1	1,8
Forma clínica	Pulmonar	50	89,3
	Pleural	5	8,9
	Forma indeterminada	1	1,8
Tipo de tratamento	TDO	46	82,1
	Autoadministrado	10	17,9
Tipo de encerramento	Cura	51	91,0
	Abandono	3	5,4
	Transferência	1	1,8
	Mudança de diagnóstico	1	1,8

Dentre os pacientes entrevistados, 87,5% (49) recebiam cesta básica e 16,1% (9) recebiam vale-transporte. Sobre os incentivos sociais relacionados à Seguridade Social, 14,3% (8) dos pacientes recebiam o Auxílio-doença e 10,7% (6) recebiam o aporte do Programa Bolsa Família (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos participantes do estudo segundo incentivos sociais recebidos. São Paulo, 2015-2017.

	Incentivos Sociais	N	%
Para o tratamento da tuberculose	Cesta básica	49	87,5
	Vale-transporte	9	16,1
Relacionados à Seguridade Social	Auxílio-doença	8	14,3
	Bolsa família	6	10,7

5.2.2 Categorias emergentes dos depoimentos

Dos 56 pacientes entrevistados, 53 aceitaram responder as questões abertas, os demais aceitaram responder apenas as questões estruturadas do questionário, justificando que tinham outros afazeres e não poderiam permanecer mais tempo na entrevista. Da análise desses depoimentos emergiram quatro categorias: (1) Os benefícios sociais no tratamento da TB, (2) Fortalecedores para a adesão ao tratamento da TB, (3) Barreiras para o tratamento da TB, e (4) Representações sobre o tratamento e o processo saúde-doença.

5.2.2.1 Categoria 1: Os benefícios sociais no tratamento da TB

Os pacientes consideraram que o recebimento dos benefícios sociais relacionados ao tratamento da TB (cesta básica e vale-transporte) é importante para o tratamento (5.18, 6.13, 20.7, 23.11, 24.4, 26.3, 28.4, 31.4, 32.5, 33.4, 35.2, 36.6, 39.9, 40.9, 42.5, 44.1, 48.6, 49.6, 56.4, 58.11), mesmo entre aqueles que não estavam recebendo tais benefícios no momento da entrevista (2.5, 2.6, 2.7, 41.6) ou que consideravam não precisar receber devido à condição socioeconômica própria (16.10).

Dentre esses benefícios, destacou-se a cesta básica. Os pacientes ressaltaram sua importância (5.18, 16.10, 20.7, 23.11, 26.3, 26.6, 27.9, 31.4, 33.4, 35.2, 44.1, 45.12, 48.6, 49.6, 54.2, 56.4, 57.2) não apenas para incentivar o seguimento do tratamento, mas também para apoiar a nutrição de toda a família e diminuir os gastos no rendimento familiar destinados à alimentação (5.18, 24.4, 27.8, 28.4, 39.9, 40.9, 41.7, 44.5, 48.7, 50.4, 53.4). Em especial, a cesta básica foi relevante para os pacientes que vivenciavam momentos em que não se podia trabalhar regularmente ou quando se encontravam em situação de desemprego (26.7, 32.5, 42.5, 50.10, 54.5, 55.8, 57.5). O vale-transporte, também, constitui-se em benefício que apóia o tratamento (44.1, 55.8) e que é fundamental para o deslocamento do paciente a fim de realizar o TDO ou exames complementares fora da Unidade Básica de Saúde (2.6, 6.13, 35.6, 44.4, 56.3, 58.11). Os excertos de frase ilustram a importância desses benefícios:

“(...) como eu não tô trabalhando vai ajudar meus pais. Vai ser útil sim a cesta básica” (Paciente 32).

“Tá sendo importante, né? Porque meu marido é pedreiro. Então, a gente... tem dia que tem serviço, tem dia que não (...). A cesta básica ajuda a ter o

alimento dentro de casa e o vale-transporte ajuda eu vir tomar os remédios” (Paciente 55).

Ainda sobre a importância dos incentivos sociais no seguimento do tratamento, os entrevistados apontaram que fortaleciam o tratamento, em particular, a cesta básica (16.8, 16.10, 22.9, 23.10, 25.5, 26.3, 27.6, 31.4, 35.2, 36.6, 37.5, 39.7, 40.7, 42.5, 44.1, 48.6, 49.6, 56.4) e o vale-transporte (35.6, 37.5, 44.1, 44.4, 56.3), motivando o paciente a realizar o tratamento corretamente (10.7, 45.12, 49.6, 55.11):

“(...) Esses benefícios ajudam muito. É... Eu acho que sem dúvida nenhuma, sem esses benefícios, eu não faria um bom tratamento” (Paciente 10).

“(...) Tô desempregado e ajuda bastante em casa (...) o vale-transporte é bom porque eu posso pegar qualquer “busão” pra cidade. Vou fazer um exame e não preciso pagar a passagem. Aí ajudou bastante” (Paciente 44).

Em relação aos benefícios sociais relacionados à Seguridade Social, como o PBF e o auxílio-doença, houve pouca menção a respeito, devido ao número reduzido de pacientes que os recebiam, no momento da entrevista (14 pacientes). Contudo, apontou-se a importância do auxílio-doença (4.5, 14.4, 30.5, 55.8) e do Programa Bolsa Família (36.7) durante o período de afastamento do trabalho ou desemprego, dada a sua ajuda nas finanças familiares:

“(...) Eu fiquei doente e precisei ter um auxílio pelo trabalho, porque eu tinha me afastado. E foi muito importante para eu ter o tratamento da tuberculose” (Paciente 4).

Embora tenha sido verificado aparente satisfação por receber auxílio-doença após anos de contribuição (37.6), verificou-se também relatos negativos sobre a demora para a obtenção do auxílio (38.7), sobre o atendimento precário e insensível dos funcionários das agências da Previdência Social (25.7) e sobre o desconhecimento a respeito do processo para o recebimento do auxílio-doença (46.6), como pode ser destacado na frase abaixo:

“(...) Seria melhor se o auxílio-doença viesse antes. Quer dizer, mais rápido (...). Está demorando demais, pensei que fosse vir mais rápido. É um direito que eu tenho, né, e eu achei que isso fosse ser mais rápido (...). Tem 4 meses que eu dei entrada e agora marcaram pro mês 7 (...), aí com tudo vai 9 meses pra ver se eu pego o benefício” (Paciente 38).

Embora os benefícios relacionados ao tratamento da TB sejam considerados, em geral, significativos para o tratamento, alguns aspectos negativos foram apontados. Relatou-se desconforto ao recebê-los (3.6), demora no recebimento (10.8) e impossibilidade das pessoas em situação de rua de usufruir da cesta básica por não se ter onde cozinhar os alimentos (29.5).

Por outro lado, alguns pacientes relataram que o não recebimento de tais benefícios não impediria a realização do tratamento (11.5, 12.6, 17.4, 19.4, 33.3) e que, esse caso, poderiam contar com a ajuda de familiares ou de pessoas próximas (7.7, 13.10).

Em relação aos pacientes que abandonaram o tratamento, identificou-se que percebiam os incentivos sociais de forma negativa: um paciente encontrava-se em situação de rua e não tinha meios para consumir os alimentos da cesta básica, pois era necessário cozimento (29.5), e o outro paciente relatou que o recebimento dos incentivos gerava sensação de “incômodo” (3.6): *“O pessoal tem que buscar o que ele quer, não esperar os outros dá”*.

Em resumo, verificou-se a importância da cesta básica para o tratamento da TB, seja para incentivar o paciente a seguir o tratamento, seja por prover um complemento à nutrição dos pacientes e seus familiares. Entre as medidas de proteção social relacionadas à Seguridade Social, o auxílio-doença destacou-se, por possibilitar renda no período de afastamento pela doença, mas também se destacou negativamente pela dificuldade no processo de obtenção do benefício.

Para além dos incentivos apontados, outros elementos emergiram dos depoimentos e são destacados nas categorias a seguir.

5.2.2.2 Categoria 2: Fortalecedores da adesão ao tratamento da TB

Da análise dos depoimentos, o acolhimento e a atenção dos profissionais e do serviço de saúde emergiram como expressivos fortalecedores da adesão (2.9, 6.6, 6.14, 6.16; 7.3, 10.1, 16.3, 19.1, 22.5, 23.1, 25.2, 25.4; 25.9, 26.4, 26.8; 27.11, 28.1, 37.7, 40.10, 41.3, 45.6, 47.3, 50.5, 57.3). A relação de vínculo e acolhida (6.6, 7.3, 13.1, 25.2, 25.9, 28.1, 41.8, 45.6, 50.4), e as orientações oferecidas pelos profissionais (6.16, 9.1, 13.5, 16.4, 23.2, 39.6, 41.3, 44.6, 45.14, 46.8, 50.12, 57.3) foram apontadas pelos pacientes como relevantes. Assim como ressaltaram a importância do TDO (27.10, 35.7, 38.8, 39.3, 47.7).

Em especial, relata-se a importância do vínculo com o(a) enfermeiro(a) ou com a equipe de enfermagem (6.6, 22.5, 30.2, 40.1, 40.4, 49.3, 50.5). Mas, também, relatou-se o

acolhimento pelo médico (2.9, 8.1, 16.4, 29.2) e pela assistente social (50.5). Os excertos de fases abaixo ilustram a importância da equipe de enfermagem:

“(...) Se tratando que eu sou uma pessoa mais debilitada, elas [equipe de enfermagem] me ajudaram bastante, conversando. Porque teve, chegou um tempo que eu fiquei desesperada, porque era muito comprimido. Principalmente no começo, né? (...) Elas me orientaram direitinho” (Paciente 6).

“A enfermeira aqui do posto de saúde, foi a pessoa que realmente se dedicou inteiramente ao tratamento dessa doença e me orientou das formas melhores pra ser feito e continuar” (Paciente 49).

Outros aspectos contribuíram para a adesão ao tratamento (13.4, 23.3, 23.5, 27.4, 31.2, 46.3, 47.3, 48.1, 48.3), qual seja o apoio dos familiares (23.3, 27.4, 31.2, 47.3) e de pessoas próximas (13.4) para a realização do tratamento ou para o suporte financeiro (7.7, 13.10). Ademais, a ausência do estigma, por parte de pessoas próximas, motivou o seguimento do tratamento (55.5). O excerto de frase abaixo contribui para ilustrar o que se afirmou anteriormente:

“ Também tive muito apoio do meu esposo, dos meus filhos. Tiveram junto comigo em tudo (...), muito apoio mesmo. Principalmente do meu esposo porque ele ficou do meu lado em todas as circunstâncias. Era de dia, era de noite, era toda hora que eu precisava, ele tava ali comigo” (Paciente 27).

A medicação (4.7, 5.15, 14.1, 17.1, 20.4, 50.7, 54.3, 56.1) foi apontada como fortalecedor da adesão ao tratamento devido à sensação de melhora dos sinais e sintomas (4.2, 12.8, 16.1, 24.2, 26.1, 26.2, 32.2, 33.1, 36.1, 37.1, 38.2, 51.1, 53.1, 56.1):

“(...) Eu tava me sentindo muito cansado tudo, muita tosse, né? Tava me dando direto febre. Então, agora já melhorou tudo. Depois que comecei com o tratamento, parou as tosses” (Paciente 56).

A vontade de cuidar da própria saúde e ter hábitos saudáveis (2.2, 13.7, 39.1, 41.10, 49.1, 50.1, 52.2) e o medo da piora da doença (42.2) ou a possibilidade de morte (48.2, 50.2), também se configuraram como fortalecedores:

“O que me ajudou foi cuidar da minha saúde mesmo, em primeiro lugar. E é isso, eu acho que me ajudou em tudo” (Paciente 39).

“(...) Eu sei que é uma doença que se não se tratar ela chega até matar”
(Paciente 48).

É evidente que o TDO, junto com a acolhida e o vínculo formado pelos profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro(a) e equipe de enfermagem, são elementos fortalecedores importantes e que se destacaram nos depoimentos. A seguir, apresentam-se elementos que se configuraram como barreiras para o processo de adesão.

5.2.2.3 Categoria 3: Barreiras para o tratamento da TB

Embora grande parte dos pacientes tenha declarado que nada impediu o seguimento do tratamento (2.4, 3.2, 4.3, 4.6, 5.3, 6.8, 7.4, 8.2, 11.4, 13.6, 18.2, 21.3, 24.3, 25.3, 27.5, 28.2, 29.3, 30.3, 31.3, 32.3, 35.3, 36.4, 37.2, 38.3, 39.4, 45.9, 46.4, 47.4, 52.3, 53.2, 54.4, 57.4), algumas barreiras foram apontadas.

Em relação às atividades laborais, identificou-se não apenas a dificuldade na realização das atividades, em decorrência da sintomatologia (19.2, 26.5, 32.4), mas também pela necessidade de ser afastado do trabalho (5.4, 5.6, 17.2), mostrando-se a preferência pelo comparecimento semanal na unidade de saúde para não prejudicar a jornada de trabalho, pois seria necessário pedir liberação de horas para comparecer na unidade de saúde (8.8). Assim, embora tenham sido verificados depoimentos que expressem a importância do TDO, como apontado na Categoria anterior, também houve menção de que essa modalidade atrapalha as atividades cotidianas e de trabalho, assim como à preferência pelo tratamento autoadministrado (8.5, 12.2, 32.6, 33.2, 48.5, 56.2).

A principal barreira presente nos depoimentos foram os efeitos colaterais provocados pelo medicamento (náusea e dor abdominal, por exemplo), por causarem desconforto, e por prejudicar a realização das atividades laborais (16.5, 22.2, 22.6, 23.9, 26.10, 42.3, 48.4), assim como a quantidade de medicamentos a serem deglutidos (26.9). Também os próprios sinais e sintomas foram apontados como barreira para a adesão ao tratamento (23.6, 26.5, 50.9, 55.7).

Outro aspecto limitante refere-se a aspectos relacionados ao serviço de saúde hospitalar, tendo-se mencionado falta de exames “mais precisos” a fim de evitar diversos retornos até se obter o diagnóstico da doença (39.10), além da menção de que a grande quantidade de pessoas prejudica a qualidade do atendimento (40.11).

Na mesma perspectiva, também foram apontados aspectos negativos a respeito da postura de alguns profissionais de saúde (5.20, 5.23, 5.28), quando há quebra do sigilo sobre a enfermidade e pelo não cumprimento do horário combinado para a realização do TDO, por exemplo, o que exigia que o paciente esperasse por longos períodos para tomar a medicação (12.5). Ademais, foi apontada como barreira a sensação de despreparo do profissional em relação à leitura da radiografia de tórax a fim de identificar a doença (21.5, 49.4, 49.7).

No caso específico do depoimento de paciente originário da Bolívia, verificou-se a particularidade da relação com o trabalho, pois havia o receio de que o tempo despendido na unidade para a realização do TDO pudesse prejudicar o relacionamento com o chefe da fábrica de costura, já que este exigia pontualidade no trabalho, (51.2). Ainda nessa linha, verificou-se que, por estar fora do seu país, havia o medo de “*incomodar*” o chefe (51.3)

Em relação aos pacientes que abandonaram o tratamento, embora dois pacientes tenham relatado que nada interferia no seguimento do tratamento (3.2, 29.3), observou-se que a necessidade de interromper as atividades laborais configurou-se como barreira:

“(…) *Atrapalhou foi ficar parado, né, sem trabalhar*” (Paciente 19).

Em resumo, embora a maioria dos pacientes tenham relatado a ausência de barreiras para a adesão ao tratamento, destacou-se a relação do tratamento com o trabalho e como as barreiras estavam relacionadas à elementos do tratamento, como os efeitos colaterais da medicação ou a supervisão do tratamento na unidade, e a sua influência na realização das atividades laborais.

Apresentadas a importâncias dos incentivos e medidas de proteção social, assim como os fortalecedores e as barreiras para a consecução da adesão, a seguir, apresenta-se as representações sobre o tratamento e o processo saúde-doença, que emergiram dos depoimentos.

5.2.2.4 Categoria 4: Representações sobre o tratamento e o processo saúde-doença

O processo para o diagnóstico da TB é considerado “complicado” devido à dificuldade em se obter o diagnóstico correto (21.4) e porque o próprio paciente considera que os sinais e sintomas referiam-se a “*um resfriado, uma tosse comum*”, levando à automedicação e ao atraso no diagnóstico e início do tratamento (10.5). A emergência dos sinais e sintomas foi ressaltada nos depoimentos, pois ao mesmo tempo em que ajudam na identificação da doença

(18.1) são também um fardo na realização das atividades cotidianas e do trabalho (17.2, 19.2, 22.6, 26.5, 32.4, 36.2, 50.9, 55.7), além de prejudicar as relações familiares (22.8). O excerto abaixo ilustra a influência da sintomatologia no cotidiano dos pacientes:

“(...) O que atrapalhou foi a tuberculose. Porque eu sentia muito, muito tempo eu sentia um cansaço muito forte (...). Em várias áreas, tanto profissional (...), na atividade doméstica, seja o que eu fosse fazer (...) isso me prejudicou muito” (Paciente 50).

A medicação para o tratamento da TB foi exaltada nos depoimentos, pois relaciona-se diretamente à melhora da sintomatologia (11.1, 20.4, 21.1, 24.2, 26.1, 36.8) e, conseqüentemente, ao seguimento do tratamento (2.10, 4.4, 11.1, 12.1, 14.1, 54.3, 55.1). Embora, em geral, a medicação é admitida como positiva, identificou-se o impacto dos efeitos colaterais no seguimento do tratamento (16.5, 23.9, 26.10, 42.3, 48.4, 55.12), por serem considerados: *“muito forte”* (23.9), *“muito agressivo”* (55.12, 58.12), e por causarem desconforto (6.7, 22.1, 42.3, 48.4, 58.13).

A falta de informações prévias sobre a doença foi amplamente questionada nos depoimentos. Assim, apontou-se a necessidade de maior divulgação a respeito (5.21, 21.9, 48.8, 50.11), pois ainda é desconhecida (41.2, 48.9). Considera-se, pois, importante conhecê-la (41.1, 45.13) para diminuir o atraso na busca pelo diagnóstico e início do tratamento (45.3), assim como diminuir o estigma (5.26, 40.6). O excerto abaixo ilustra aspectos concernentes à falta de desinformação sobre a doença:

“(...) por não ter informação, fiquei mais tempo em casa com a doença (...). Se o paciente que tá se tratando tem uma boa informação ele vai ficar mais contente com isso. Eu demorei pra ter informação” (Paciente 45).

Alguns pacientes mencionaram que a TB desencadeia o medo em disseminar a doença para outras pessoas (6.3, 6.11, 40.3, 55.5), em especial, os familiares (6.3, 40.3), assim como desencadeia o medo da morte (6.1, 13.8, 50.2), e que tais sentimentos estimulam a procura rápida e a permanência no tratamento.

Em síntese, verificou-se que a sintomatologia destacou-se pela interferência expressiva nas relações e atividades cotidianas e laborais dos pacientes. Também verificou-se a importância do tratamento para mitigar os sinais e sintomas. A seção a seguir apresenta a discussão dos resultados apresentados tanto na Etapa 1 quanto na Etapa 2.

Discussão

6 DISCUSSÃO

A adesão é um processo complexo por ser determinada por diversos elementos que vão além da vontade individual (Bertolozzi, 2011). No presente estudo foi possível identificar alguns desses elementos que contribuem para a adesão ao tratamento da TB e, conseqüentemente, para o alcance da cura, com destaque para o papel dos incentivos e benefícios sociais nesse processo.

Em relação ao perfil dos pacientes em tratamento da TB, tanto a Etapa 1 quanto a Etapa 2 do estudo evidenciaram a predominância do sexo masculino, faixa etária produtiva, casos novos, forma clínica pulmonar, tabagismo, alcoolismo e uso de drogas. Tais características corroboram o perfil de pacientes em tratamento da TB no Brasil (Reis-Santos et al., 2015; Santos JN et al., 2018; Silva RD et al., 2019) e no mundo (Zenebe et al., 2016; Holden et al., 2020) e serão explorados no decorrer dessa seção.

Embora a Etapa 1 do presente estudo contenha dados constitutivos do perfil dos pacientes, limitados às variáveis da Ficha de Notificação Compulsória, a Etapa 2 possibilitou explorar aspectos das condições de vida e trabalho dos pacientes em tratamento da TB. A maioria dos entrevistados considerou a renda familiar suficiente para suprir elementos básicos como a moradia, observando-se menor frequência daqueles que consideravam a renda suficiente para alimentação, transporte, lazer, cuidados com a saúde e compra de artigos para o vestuário. Destaca-se, que pouco mais da metade considerou a renda suficiente para a saúde. Dos pacientes que exerciam alguma atividade laboral, grande parte não contribuía com a Previdência Social e, a maior parte dos que não exerciam atividade laboral encontrava-se desempregada. Observou-se, desta forma, que grande parte dos entrevistados não poderia usufruir do benefício auxílio-doença (vinculado à Previdência Social) e garantir renda, durante o período necessário, por ocasião do afastamento das atividades laborais, devido à doença, o que evidencia aspectos da vulnerabilidade social dessas pessoas.

Além disso, no presente estudo, apenas uma pequena parcela dos entrevistados relatou ser empregado contribuinte, ou seja, empregado formalmente, portador de carteira de trabalho. Quase a metade dos pacientes era autônomo ou empregado informal e não contribuinte. A flexibilização empregatícia (tipo de contrato, por exemplo), gera insegurança e precarização do trabalho e essa questão não se limita à realidade brasileira. Elas se configura como um fenômeno global e surgiu como consequência das mudanças socioeconômicas

ocidentais nas últimas décadas do século XX e início do século XXI, sendo a globalização acelerada do comércio, cada vez mais reconhecida como um dos responsáveis por essas mudanças nas condições de vida e trabalho (Kim et al., 2012). O trabalho temporário e precário é a norma nos países em desenvolvimento e é uma realidade em nações mais desenvolvidas. Os empregados temporários recebem salários mais baixos e possuem menos direitos. Esse cenário favorece grandes multinacionais que reduzem seus custos terceirizando sua produção para empresas menores que empregam trabalhadores informais, pagam salários mais baixos e oferecem condições menos seguras de trabalho, privando-os, desta forma, de acesso aos direitos trabalhistas e à proteção social (Oxfam Brasil, 2018a).

Intervenções nas condições de trabalho precisam ser realizadas, sob a forma leis que protejam os trabalhadores em diversas situações, como, em caso de necessidade de afastamento remunerado, em relação a salários dignos, à segurança do trabalho, entre outras. Espera-se que as ações para a melhora dessas condições, especialmente através de políticas públicas e sociais, sejam mais eficazes na redução das desigualdades sociais, com reflexos na redução das desigualdades na saúde. As condições de trabalho condicionam a saúde. Assim, continuar tratando apenas as consequências na saúde, advindas das condições de trabalho, perpetuará os problemas causados por falta de condições dignas de trabalho (Muntaner et al., 2010).

É importante retroceder um pouco na história para buscar entender como os processos de precarização do trabalho foram ocorrendo no Brasil. No fim de 2014, a interrupção da geração de empregos formais e o desemprego marcam definitivamente a chegada da crise do mercado de trabalho no país. O crescimento do número de pessoas que se encontram nessa situação desencadeou um grande contingente da população que passou a não ter qualquer rendimento do trabalho ou a ter rendimentos eventuais, o que vem contribuindo para o aumento da desigualdade (Barbosa, 2019). As desigualdades sociais referem-se às diferenças observadas nas chances individuais de acesso e posse de bens e serviços, sendo as diferenças individuais de renda a forma mais comum de abordá-las. Para isso, em geral, utiliza-se o Índice de Gini (Costa, 2019). Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), mostrou que, a partir de 2014, o desemprego no Brasil emerge como principal vetor no Índice de Gini e que, no início de 2017, o desemprego e o desalento eram responsáveis pelo aumento de mais de 20 pontos nesse Índice (Barbosa, 2019). Essas informações mostram o impacto do emprego informal e do desemprego na desigualdade social e, conseqüentemente, nas condições de vida das pessoas.

Na América Latina, esse cenário não é diferente. Após mais de uma década de progresso, em várias áreas do desenvolvimento social, desde 2015, a região apresenta um aumento nas taxas de pobreza, níveis mais altos de desemprego, deterioração dos indicadores de qualidade do emprego e estagnação na redução da desigualdade de renda (Abramo, Cecchini, Ullmann, 2020).

A desigualdade social se manifesta de forma diferente entre os grupos raciais e que, embora a desigualdade tenha diminuído entre os anos de 2004 e 2014, ela continua muito elevada. Ressalta-se, aqui, que a população parda e preta, juntas, compunham a maior parte da população do presente estudo. Em 2014, o nível dos indicadores de pobreza de pretos e pardos era quase igual ao dos brancos em 2004, mostrando 10 anos de atraso em relação à suposta igualdade social. Ademais, em 2014, a chance de pretos serem pobres era de 2,1 vezes maior que a dos brancos, enquanto a dos pardos era de 2,6 vezes maior (Osório, 2019).

Não é por acaso que grupos sociais vivendo marginalizados e com baixo status socioeconômico são mais propensos a desenvolver certas doenças e a apresentarem altos índices de mortalidade (Zhou, Gou, Liu, 2020). Em relação à TB, globalmente, 95% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda, afetando, desproporcionalmente, aqueles que vivem na pobreza, como grupos vulneráveis (indígenas e população em situação de rua, por exemplo) e aqueles envolvidos em trabalhos manuais (agricultura, construção, mineração e manufatura). A maior mortalidade nesses grupos também pode estar relacionada a atrasos no diagnóstico da TB e à falta de acesso aos cuidados de saúde (Bhargava, Bhargava, 2020; Kootbodien et al., 2020). Destaca-se que estudo realizado na cidade de Foz do Iguaçu-PR identificou que morar em uma área que apresenta desigualdades foi associado a um risco 5 vezes maior de mortalidade pela doença (Arcoverde et al. 2018).

As políticas de emprego são importantes na luta contra a desigualdade, sendo o papel do Estado essencial para garantir condições trabalhistas dignas e salários justos que protejam os direitos dos trabalhadores. O sistema de proteção social, que vai além de políticas trabalhistas, é essencial na luta contra a desigualdade, pois desenvolve políticas que ajudam a reduzir a vulnerabilidade das pessoas, diante dos riscos do ciclo da vida, da doença, da maternidade e da velhice (Oxfam Brasil, 2016). Assim, é essencial que haja o fortalecimento e a expansão de políticas de proteção social de ampla abrangência para mitigar os impactos negativos da desigualdade e desenvolver medidas que promovam a plena inclusão social e trabalhista, além do pleno direito à saúde (Abramo, Cecchini, Ullmann, 2020).

No presente estudo, os benefícios sociais relacionados à Seguridade Social (Programa Bolsa Família e o Auxílio-doença) foram mencionados como importantes, principalmente, durante o momento de desemprego e afastamento do trabalho. Como descrito na revisão da literatura, apresentada na seção relativa à Introdução desta Tese, programas de transferência de renda são amplamente publicados na literatura como fortalecedores do processo de adesão ao tratamento da TB, além de auxiliar na melhora da condição de vida (Nery et al., 2017; Andrade et al., 2019; Olios et al., 2019).

Não apenas para a TB, mas, também, para outras doenças transmissíveis que, em geral, acometem a camada mais vulnerável da população, programas de transferência de renda se mostraram efetivos na adesão à terapêutica de outras enfermidades, como no caso do HIV/AIDS e da hanseníase (Cluver et al., 2016; Pescarini et al., 2020). No caso da hanseníase, os pacientes que receberam o benefício do PBF possuíam menor escolaridade, maior taxa de desemprego, residiam em região rural e menor acesso ao saneamento básico do que os que não eram beneficiários do Programa (Pescarini et al., 2020). Da mesma forma, a vulnerabilidade é identificada nos pacientes em tratamento de HIV/AIDS, em estudo realizado com adolescentes na África do Sul, os quais apresentavam baixa escolaridade, sendo que menos da metade possuíam acesso à escola e levavam média de 45 minutos para chegar à unidade de saúde para a realização do tratamento (Cluver et al., 2016). Tais elementos do perfil desses participantes evidenciam as condições de vida das pessoas que são as mais potencialmente acometidas por tais enfermidades e ressalta a importância de incentivos e medidas de proteção social.

Embora, no presente estudo, uma pequena parcela dos pacientes tenha se beneficiado com o auxílio-doença, ele foi destacado devido à possibilidade e à segurança de ter uma renda garantida no período de afastamento do trabalho. Esse benefício social auxilia a adesão de pacientes em tratamento da TB e o seu não recebimento pode estar relacionado à descontinuidade no tratamento (Arbex et al., 2015). Além disso, pacientes que não recebem auxílio-doença possuem maior probabilidade de trabalharem doentes, aumentando a disseminação de doenças infecciosas e a piora das condições crônicas de saúde devido ao atraso no tratamento (Hamming, Bouza, 2019).

Os benefícios sociais presentes no Brasil fazem parte da Seguridade Social (Saúde, Seguro Social/Previdência Social e Assistência Social), presente na Constituição Federal de 1988 e que constitui o nosso sistema de proteção social. Embora pouco mencionado pelos

entrevistados no presente estudo, o Programa Bolsa Família (PBF) é um dos maiores programas da Assistência Social e um dos principais programas de transferência de renda do Brasil. Ele foi introduzido em 2003 e consiste em dois benefícios: o Básico, dirigido às famílias situadas na extrema pobreza (renda *per capita* até R\$ 89,00 mensais) e não possui condicionalidades; e o Variável (até cinco por família), dirigido a famílias em situação de pobreza (renda *per capita* de até R\$ 178,00 mensais) (Brasil, 2020d). A partir de 2009 e, principalmente, em 2012, a articulação do PBF com a assistência social foi além da dimensão da transferência de renda e aumentou suas ações protetivas de integração entre serviços e benefícios com a definição da obrigatoriedade do acompanhamento socioassistencial das famílias com suspensão de benefícios por descumprimento das condicionalidades (IPEA, 2019a).

O PBF garantiu avanços para o combate à pobreza no Brasil. Estimara-se que, antes da implementação do Programa, a população abaixo da linha da pobreza (US\$ 1,25 por dia) no país era de 12% e, em 2008, apresentou decréscimo para 4,8%, evidenciando queda da pobreza de 26,1% para 14,1% da população no mesmo período (Marques, Ximenes, Ugino, 2018). Ademais, estudo realizado pelo IPEA estimou que, em 15 anos, o Programa contribuiu para a redução de 10% da desigualdade no país (IPEA, 2019b).

Assim como o PBF no Brasil, nas últimas duas décadas, outros 17 países latino-americanos implementaram programas de transferência condicionada de renda destinados às famílias que vivem na pobreza e extrema pobreza. Dentre eles, destacam-se: *Seguridades y Oportunidades* no Chile, *Asignación universal por hijo para la protección social* na Argentina, *Familias en Acción* na Colômbia, *Bono de Desarrollo Humano* no Equador, *Tapokorâ* (“bem-estar” em guarani) no Paraguai, *Juntos* no Peru e *Prospera* no México. Esses programas, per meio de suas condicionalidades relacionadas à saúde, facilitaram o acesso de grupos populacionais tradicionalmente excluídos dos serviços de saúde, especialmente crianças e adolescentes. Ainda que os resultados desses programas sejam heterogêneos, em relação à área de residência das famílias beneficiadas, sexo, idade e tempo de participação no Programa, em geral, os programas não contributivos de proteção social na América Latina tiveram efeitos positivos em vários indicadores de saúde e nutrição (Pase, Melo, 2017; Abramo, Cecchini, Ullmann, 2020).

Os benefícios relacionados à Seguridade Social são de grande importância, não apenas para os pacientes em tratamento da TB, mas para a superação das desigualdades e diminuição

das carências relativas às condições de vida. Entretanto, mudanças recentes na Constituição Federal colocam em risco os avanços na proteção social brasileira, em especial, as mudanças iniciadas em 2016 com a Emenda Constitucional (EC) 95 e com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 06, em 2019 (Santos, Vieira, 2018).

A EC 95 estabeleceu o teto de gasto de, aproximadamente, R\$ 1,3 trilhão para as despesas primárias da União, a partir de 2017 até 2036. Assim, a regras do novo regime não permitem o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras, o que poderá levar ao sucateamento das políticas de proteção social e de saúde. Em especial, na área da saúde, impedirá os investimentos na manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, contratação de pessoal, entre outros. Essa EC, além de restringir as ações dos próximos governantes, impede a população de decidir, nas eleições futuras, pelo programa de governo traduzido no orçamento e, com isso, decidir pelas políticas públicas prioritárias para o desenvolvimento econômico (Mariano, 2017; Santos, Vieira, 2018).

Na mesma linha, a reforma proposta pelo governo do presidente Jair Bolsonaro (PEC 06/2019) propõe mudanças no acesso aos benefícios previdenciários, como: extensão do tempo de contribuição, aumento da idade, redução do valor das pensões, restrição ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e à aposentadoria rural. Ademais, a reforma criaria um regime de capitalização, que pode agravar a situação de vulnerabilidade dos grupos sociais já vulneráveis, como as mulheres, os idosos e os trabalhadores do setor privado e rural (Lavinas, Cordilha, 2019; Lobato, Costa, Rizzotto, 2019). Essas mudanças ameaçam substituir os princípios de solidariedade, universalidade e provimento público de proteção social por princípios baseados no individualismo, na focalização das políticas públicas e na privatização da previdência (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIESE, 2019).

Vale ressaltar que o regime de capitalização já foi adotado por outros países como Chile, Peru, Armênia e Gana, por exemplo, e não apresentaram bons resultados. Recente relatório do *International Labour Office* (ILO) mostra que, dos 30 países (14 na América Latina, 14 no Leste Europeu e 2 na África) que privatizaram o sistema previdenciário, total ou parcialmente, 60% (18 países) reverteram esse sistema. Entre os países que reverteram estão Argentina, Bulgária, Equador, Hungria, República Checa e Romênia. Os motivos para a

reversão foram diversos, como altos custos fiscais e administrativos, baixa cobertura, baixos benefícios e imprevisibilidade da renda na velhice devido aos riscos do mercado de capitais. Assim, as características de renda, trabalho e emprego no Brasil, somados à grande desigualdade social, não são promissoras para um regime como esse que deixará os grupos vulneráveis da nossa população, como mulheres, idosos e trabalhadores do setor privado e rural ainda mais vulneráveis (ILO, 2018; Lobato, Costa, Rizzotto, 2019).

Nesse sentido, é importante destacar o Chile, pois foi o primeiro país da América Latina a adotar reformas de caráter neoliberal em seu sistema de previdência, em 1981, durante a ditadura militar. Tanto a previdência social, quanto o sistema de saúde chileno sofreram reformas privatizantes tendo como alicerce o sistema de capitalização individual. Nesse regime, o filiado era responsável pelo financiamento da sua própria pensão, por meio de cotizações individuais obrigatórias e voluntárias (para aqueles com capacidade de poupança), direcionadas para um fundo gerido por instituições privadas que poderiam investir tais recursos no mercado financeiro. Dessa forma, cada aposentado teria como pensão, o valor do rendimento da sua conta individual e coube ao Estado a fiscalização, assistência e garantias do sistema. Entretanto, o crescimento do setor privado não eximiu a contribuição do Estado, que assumiu diversos ônus do processo de privatização (ILO, 2018; Lobato, Costa, Rizzotto, 2019).

Ainda sobre o Chile, embora os governos que sucederam a ditadura militar chilena tenham realizado algumas mudanças, estas não foram suficientes para modificar o sistema de capitalização. A consequência desse sistema de previdência trouxe grandes problemas para a população, como a busca de formas complementares de renda para as pessoas com baixos salários, aumento do número de aposentados ou pensionistas que trabalham, parte da população com 60 anos ou mais vivendo em situação de pobreza e altas taxas de suicídio entre idosos (Lobato, Costa, Rizzotto, 2019).

Assim, tanto a EC 95/2016 quanto a PEC 06/2019 estão em sentido contrário do que se deve fazer em tempos de crise. Entre 2016 e 2017, os 40% mais pobres da população brasileira tiveram variação de renda pior do que a média nacional. Tal cenário é a marca de uma crise econômica, fiscal e política que vivemos desde o final de 2014, culminando em retração geral da renda nacional e no aumento do desemprego de 6,8% (2014) para 12,7% (2017), sendo os pobres, as mulheres e a população negra os maiores afetados (Oxfam Brasil, 2018b).

Dois anos após a implementação da EC 95/2016, já é possível ver os reflexos das medidas de austeridade nos índices de desigualdade social. Nesse período, o Brasil manteve o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,74338. No comparativo global, em matéria de desigualdade de renda, caímos da 10ª posição para a 9ª como país mais desigual do planeta, em 2017. As desigualdades na economia refletem nas condições de vida e, consequentemente, nas desigualdades em saúde. Em 2016, pela primeira vez desde 1990, o Brasil registrou alta na mortalidade infantil, que subiu de 13,3 (2015) para 14 mortes por mil habitantes, 4,9% a mais que o ano anterior (Oxfam Brasil, 2018b).

A EC 95 eliminou os gastos federais mínimos em proteção social e saúde, além de estabelecer limites nos gastos federais anuais, os quais afetaram diretamente a cobertura de programas sociais, com efeitos no aumento de indicadores negativos de saúde, como a mortalidade infantil já mencionada (Santos, Vieira, 2018; Oxfam Brasil, 2018b). Desta forma, é provável que essas recentes políticas de austeridade possam comprometer os avanços no controle da TB e dismantelar os avanços na saúde alcançados até o momento.

Embora não faça parte dos achados do estudo, é importante mencionar que atualmente, em 2020, o mundo passa por uma pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19). No Brasil, estima-se que a recessão gerada pela pandemia pode afetar até 81% da força de trabalho, colocando em condição de vulnerabilidade, até mesmo, trabalhadores protegidos por leis trabalhistas (Nogueira, Ikemura Amaral, 2020). O governo atual implementou um auxílio emergencial (R\$600), limitado a até dois membros da família, a ser ofertado pelo período de três meses e que abrange, em sua maioria, trabalhadores informais, autônomos e desempregados. Destaca-se que o auxílio é muito limitado em termos de montante, demora de efetivação e entraves burocráticos, além de ter se mostrado insuficiente para a preservação dos empregos e a sustentação da renda (Trovão, 2020). Ademais, aponta-se que a capacidade de reduzir efeitos socioeconômicos da pandemia está restrita ao período de vigência desse auxílio e a pobreza e a desigualdade possivelmente retornarão em níveis mais elevados (Prates, Barbosa, 2020). Desta forma, fica ainda mais evidente a precariedade da proteção social causada pelas políticas de austeridade, como a EC 95/2016 e a PEC 06/2019, expondo desafios em relação às políticas públicas, especialmente as relacionadas à proteção social e à preservação do emprego e da renda (Trovão, 2020).

Políticas de austeridade são comuns em países que enfrentam crise econômica. Entretanto, os efeitos desse tipo de política sobrecarregam desproporcionalmente os grupos

sociais mais vulneráveis da sociedade e alguns setores, como o da saúde (Machado et al., 2019). Nesse sentido, os países europeus, que vêm adotando medidas de austeridade desde 2008, estão drasticamente piorando indicadores de saúde como, por exemplo, o aumento da insegurança alimentar, ou seja, aumento de pessoas que não possuem condições de manter uma dieta saudável. Ademais, houve na Europa, diminuição das necessidades de saúde atendidas, totalizando mais de 1,5 milhão de pessoas incapazes de acessar os cuidados de saúde (Labonté, Stuckler, 2016).

Entre os países europeus, a Grécia está enfrentando, na área da saúde, extensas consequências, geradas pelas severas políticas de austeridade. Houve no país um substantivo aumento de diversas doenças infecciosas, como a malária e o HIV. Esta última, com aumento acentuado entre usuários de drogas intravenosas, em especial, após a eliminação de programas de redução de danos (McKee et al., 2012; Labonté, Stuckler, 2016). As taxas de doenças mentais, como a depressão, e taxas de suicídio, tiveram ascensão, após 2008, em países da Europa como Espanha, Itália, Inglaterra, Irlanda e na própria Grécia (McKee et al., 2012; Stuckler et al., 2017).

Entre as doenças transmissíveis, a TB também apresentou piora dos indicadores e programas de combate à doença após a adoção de tais medidas. Na Europa, os cortes nos orçamentos destinados à saúde podem ter enfraquecido os programas de controle e prevenção da doença. A Letônia, por exemplo, transferiu aproximadamente 50% dos custos dos testes diagnósticos e reduziu em 87% os gastos com controle e vigilância de doenças transmissíveis. Além disso, as taxas de detecção de casos de TB caíram cerca de 5% em toda a União Europeia, entre 2008 e 2011, sendo que essa redução esteve significativamente ligada à recessão econômica e às reduções nos gastos em saúde pública (Reeves et al., 2015).

Em relação aos programas de controle e combate à TB, os achados dos estudos também mostram a importância dos incentivos sociais relacionados ao tratamento da TB (cesta básica e vale-transporte), em especial, pois os pacientes vivenciam situação de vulnerabilidade social. Há evidências de países que demonstram que a provisão de incentivos sociais, em especial, os alimentares, melhora a adesão dos pacientes, mesmo que essas não sejam ações de política pública de âmbito nacional (Gardén et al., 2013; Pedrazzoli et al., 2016; Santos E et al., 2018).

Sobre esses países, o Afeganistão e Angola apresentaram boas experiências com a oferta do incentivo alimentar, com apoio financeiro e logístico do Programa Mundial de

Alimentos (PMA), da Organização das Nações Unidas (ONU). No caso do Afeganistão, o apoio alimentar aos pacientes com TB foi introduzido em 1997 e ampliado em 2002, quando foi iniciado o TDO. Entretanto, o desgaste das condições de segurança no país culminou na interrupção do programa em 2012. O apoio consistia na distribuição mensal de suplemento alimentar de 1348 calorias/pessoa/dia (60% da energia mínima necessária para uma pessoa comum) para as famílias de todos os pacientes registrados no TDO. No caso de Angola, era feita a distribuição de cesta básica para pacientes, uma vez por mês, durante o período de tratamento. O programa teve início em 2002 e, devido à falta de financiamento, foi suspenso em 2009. Com a introdução desses programas no combate à TB, observou-se a sua contribuição para o sucesso no tratamento e na redução dos desgastes causados pela insegurança alimentar e econômica das famílias acometidas pela enfermidade (Pedrazzoli et al., 2016; Santos E et al., 2018).

No presente estudo, a cesta básica foi o incentivo prevalente entre os participantes e amplamente ressaltado nos depoimentos, por aliviar os gastos familiares com alimentação e contribuir para o sustento da família. Embora uma parcela menor de pacientes tenha usufruído do vale-transporte, ele foi destacado por quem o recebeu devido à sua importância para o deslocamento do paciente, tanto para a realização do TDO quanto para exames complementares fora da Unidade Básica de Saúde (UBS).

No Brasil, o tratamento da TB é descentralizado e realizado em UBS que são, em geral, próximas à residência dos pacientes. Como pode ser observado na Etapa 2 deste estudo, quase a totalidade dos entrevistados relatou levar menos de 30 minutos para se deslocar até a unidade de tratamento. Contudo, o deslocamento para a unidade de saúde pode ser um fardo para os pacientes, não apenas pela debilidade causada pela doença, mas também pelos custos com o transporte durante o tratamento (Charyeva et al., 2019; Aibana et al., 2020). Estudos mostram que, entre os gastos não médicos durante o tratamento da TB, o transporte é ressaltado como uma das maiores cargas econômicas, podendo representar 26% da renda mensal média, quando o tratamento é realizado semanalmente (Fuady et al., 2019; Gurung et al., 2019; Aibana et al., 2020).

Assim, o custo com o deslocamento para a realização do tratamento pode configurar-se como barreira para a adesão (Herrero, Ramos, Arrossi, 2015; Ruro et al., 2018). Estudos evidenciam que o recebimento de apoio para o deslocamento até o serviço de saúde, seja ele monetário ou na forma de vale-transporte, é um fortalecedor para a adesão ao tratamento e

para o acesso ao diagnóstico da TB (Tupasi et al., 2017; Orlandi et al. 2019; Garg et al., 2020).

Tanto os benefícios de proteção social (e.g., programas de transferência de renda) quanto medidas adicionais de proteção social (e.g., oferta de alimentos e apoio para o deslocamento até a unidade de saúde) são fortemente recomendados pela OMS e pela Organização Internacional do Trabalho, como essenciais para permitir que as pessoas vulneráveis se protejam da infecção, aumentem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, melhorem a adesão e sejam prevenidas da miséria (WHO, 2010; ILO, 2011).

O presente estudo apresenta a importância de todos os tipos de proteção social, seja ela vinculada à Seguridade Social ou ao Programa de Controle da TB, para o seguimento do tratamento, segundo a percepção dos pacientes.

Ampliando a perspectiva da análise, na Etapa 1 do presente estudo, pode-se observar outros elementos que se relacionam à cura e à elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento, como raça/cor, forma clínica, tipo de caso, tipo de tratamento e não ter comorbidades como HIV/AIDS, alcoolismo e drogadição. Ademais, na Etapa 2, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde destacaram-se como fortalecedores da adesão, enquanto os efeitos colaterais da medicação sobressaíram-se como barreiras ao seguimento do tratamento.

Em relação a raça/cor, observou-se que os pacientes que se consideraram da cor preta apresentaram menor taxa de cura e maior abandono. Como visto anteriormente, no início desta seção, a população parda e preta apresenta altos índices de pobreza (Osório, 2019). As categorias de grupos raciais representam um conjunto complexo de processos históricos interrelacionados, que colocam as pessoas em contextos economicamente e racialmente desiguais. Assim, pessoas de raças minoritárias que, frequentemente, vivem em más condições de moradia e com falta de acesso a recursos materiais, apresentam acesso limitado aos cuidados de saúde (Noppert et al., 2019). Exemplo disso pode ser encontrado no estudo realizado no estado de Michigan, nos Estados Unidos, que evidenciou que a incidência da TB em negros era 6,21 vezes maior do que em brancos, independentemente do gênero, local de moradia e nacionalidade (Noppert et al., 2019).

Em relação à forma clínica da doença, destacou-se, no presente estudo, a forma disseminada da doença com a menor taxa de cura, em comparação às demais formas, em

especial, a pulmonar e a extrapulmonar. A TB disseminada acomete pelo menos dois órgãos não adjacentes, como resultado da disseminação hematogênica do bacilo (Khan, 2019). Essa forma clínica é prevalente em pessoas imunocomprometidas, sendo uma das principais causas de morbimortalidade relacionadas à coinfeção pelo HIV. O diagnóstico da doença é difícil de ser realizado, pois os sinais e sintomas variam de acordo com os órgãos acometidos, sendo o atraso no diagnóstico uma das principais consequências para as altas taxas de mortalidade dessa forma clínica (Meira et al., 2019).

O tipo de caso também mostrou-se como elemento relacionado à adesão ao tratamento. Em especial, no presente estudo, observou-se que os casos de retratamento após abandono apresentam baixa cura e maior abandono. O reingresso após abandono é caracterizado pelo retorno do paciente ao tratamento, após ter apresentado faltas por mais de trinta dias da data agendada para o retorno. Estudos mostram que algumas características parecem estar associadas a esse grupo de pacientes, como baixa escolaridade, vulnerabilidade em relação ao trabalho (desempregados ou trabalho sem registro em carteira), não ter realizado TDO e uso de álcool e drogas (Sá et al., 2017; Silva TC et al., 2017). Os pacientes em reingresso após abandono ameaçam o controle da TB por terem maior chance de apresentar um desfecho desfavorável para a doença, como óbito, novo abandono e resistência às drogas que compõem o esquema básico (Silva TC et al., 2017).

No presente estudo, a população vivendo com HIV/AIDS apresentou menor taxa de cura do que a população sem HIV. O profissional de saúde deve ficar atento ao processo de adesão dessa população, pois ela apresenta algumas especificidades durante o seguimento do tratamento, como: maior ocorrência de falha terapêutica e resistência aos fármacos, eventos adversos, em especial, os mais graves, e interação medicamentosa entre os fármacos anti-TB e antirretrovirais (Brasil, 2019b). Desta forma, o TDO é amplamente recomendado a essa população para evitar o abandono e fortalecer a adesão ao tratamento, assim como a interação articulada entre os dois Programas de Controle, de TB e de HIV. Em 2017, no Brasil, os casos em que essa população realizou a terapia antirretroviral, em conjunto com o TDO, obtiveram percentual de cura de 42% e abandono de 5%, enquanto o percentual de cura foi de 34% e o abandono de 13% nos casos em que o TDO não foi realizado em conjunto (Bastos et al., 2019; Brasil, 2019b).

A baixa adesão da população que faz uso abusivo de álcool e drogas também fez parte dos achados do presente estudo, sendo que, na Etapa 2, todos os entrevistados que relataram o

uso de drogas não injetáveis declararam fazer uso de maconha. O consumo de álcool tem-se apresentado em associação às falhas no tratamento e à predisposição para efeitos adversos aos medicamentos, tanto pelo esquecimento de ingerir o medicamento quanto pela alteração da resposta ao medicamento em razão do alto consumo de álcool (Chaves Torres et al., 2019). Pessoas que fazem uso de drogas injetáveis ou não injetáveis apresentam maior risco de contrair o bacilo e de desenvolver a forma ativa da TB devido, principalmente, ao compartilhamento de pertences para o uso da droga e por viverem em locais pequenos, sem ventilação, com grande concentração de pessoas e outras condições insalubres. Acrescem-se a isso, as condições degradantes dos ambientes geralmente utilizados para o uso dessas substâncias, em espaços exíguos e pouco ventilados (Getahun, Baddeley, Raviglione, 2013).

A população exposta ao abuso de álcool e drogas ilícitas compõe o grupo de populações vulneráveis, que apresenta dificuldades no acesso aos serviços de saúde e que, de modo geral, abandona o tratamento por diversos motivos, como: desgaste nas relações familiares e afetivas, dificuldades no enfrentamento das situações na vida, não lembrança de tomar a medicação, entre outros (Silva MR et al., 2017). Estratégias para o manejo do tratamento devem ser implementadas para melhorar a adesão desses pacientes e evitar o abandono do tratamento. Estudos apontam que o TDO é uma estratégia que tem mostrado eficácia para o sucesso do tratamento de populações vulneráveis e que tem difícil acesso aos serviços de saúde, principalmente quando associada a um ambiente comunitário e administrada por pares (Gupta et al., 2018). Outra estratégia refere-se ao apoio por meio de incentivos sociais. Estudo apontou que a oferta de vale-alimentação, após cada visita para a realização do TDO, levou ao aumento da adesão dessa população (Bock et al., 2011; Gupta et al., 2018).

De fato, o TDO é estratégia fundamental a ser adotada no caso de populações vulneráveis (Gupta et al., 2018; Bastos et al., 2019). Corroborando com a literatura, o presente estudo evidenciou maior parcela de cura em pessoas que realizaram o TDO, da forma como ele é recomendado pelo MS, em detrimento daquelas que realizaram o tratamento autoadministrado, independentemente do tipo de população. Ademais, a Etapa 2 do estudo possibilitou captar a percepção do vínculo e acolhimento dos profissionais de saúde como fortalecedores do tratamento supervisionado.

O TDO está relacionado ao aumento da cura e à diminuição do abandono durante o tratamento da TB, podendo chegar ao aumento de 18% na cura e diminuição de 49% no

abandono (Müller et al., 2018). Assim, o tratamento supervisionado tem-se mostrado como excelente ferramenta aos profissionais de saúde, pois, se operacionalizado de forma adequada, propiciaria uma relação de vínculo e confiança entre o paciente e o profissional de saúde. Ademais, ele fortalece o processo de adesão, promovendo a melhor compreensão dos processos de desgaste, das necessidades de saúde e das condições de vida e trabalho dos pacientes durante o seguimento do tratamento (Silva RD et al., 2017; Ferreira et al., 2018; Orlandi et al., 2019).

Ainda em relação ao TDO, na Etapa 1 do presente estudo, a realização dessa modalidade de tratamento acima de três vezes na semana mostrou-se mais eficaz para o alcance da cura quando comparado ao TDO realizado menos do que três vezes na semana ou ao tratamento autoadministrado. Destaca-se que o MS recomenda que o TDO seja realizado, preferencialmente, cinco vezes por semana ou, no mínimo, três vezes por semana na unidade de saúde, no domicílio ou em outro lugar acordado junto ao paciente, durante todo o tratamento. Nos demais dias da semana, os medicamentos são autoadministrados (preferencialmente aos finais de semana e feriados) e deve-se explicar minuciosamente a necessidade da tomada diária do medicamento, mesmo que não ocorra presencialmente com o profissional de saúde. O TDO deve ser realizado por profissionais de saúde ou outros profissionais capacitados (por exemplo, agentes comunitários de saúde ou assistentes sociais), desde que os primeiros tenham a supervisão de profissionais de saúde. É fundamental que durante todo o tratamento sejam garantidos espaços para o esclarecimento de dúvidas, para o acolhimento e a captação de possíveis dificuldades enfrentadas pelos pacientes (Brasil, 2019b).

Nessa perspectiva, o TDO pode aproximar os pacientes da equipe de saúde, o que permite a identificação de aspectos de vulnerabilidade que podem interferir na adesão ao tratamento (Silva RD et al., 2017). Os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, têm papel fundamental na condução do tratamento dessa enfermidade e no processo de adesão. A descentralização do tratamento para a Atenção Primária à Saúde contribui para a realização do TDO e a identificação das condições que perfazem a realidade do paciente e de seus familiares, principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família. O TDO promove, desta forma, um processo de adesão que vai além da simples ação de observar a deglutição do medicamento, contribuindo para a compreensão das fragilidades e potencialidades no processo de superação da doença (Shuhama et al., 2017; Orlandi et al., 2019).

Embora os entrevistados tenham considerado a melhora da sintomatologia advinda do medicamento, efeitos colaterais, além dos sinais e sintomas, configuraram-se como expressivas barreiras para a adesão, incluindo suas decorrências em relação ao comparecimento no trabalho.

Estudo realizado em São Paulo, com imigrantes bolivianos que trabalhavam no setor de costura, mostrou que tanto os sintomas da doença (sensação de fraqueza e mal estar, por exemplo) quanto os efeitos colaterais (dor nas mãos, cabeça e estômago e sensação de dormência nas mãos, por exemplo) dificultavam as atividades no trabalho. Tal estudo evidencia também a importância de políticas públicas de proteção social, pois esse grupo social trabalhava na informalidade e, desta forma, eram desprovidos de qualquer tipo de proteção em relação à garantia do emprego mediante a situação de doença e em meio à fragilidade causada pela enfermidade, além de serem expostos a longas jornadas e às condições de trabalho (Biagolini, 2015).

A forma como a sociedade está organizada repercute nas possibilidades de superação dos processos de desgaste. A criação e o desenvolvimento de um Estado social, como um sistema nacional de provisão de serviços, oferecendo proteção aos riscos que ameaçam a sociedade, como acidentes, doenças, velhice, morte, desemprego e exclusão social, ocorreu num momento histórico específico, após a Segunda-Guerra Mundial, e foi marcado pelo crescimento econômico e redução das desigualdades sociais. Entretanto, após a crise econômica do final do século XX, esse modelo passou a ser contestado, principalmente pelos setores dominantes, pelo empresariado, grupos de multinacionais e outros, o que propiciou o fortalecimento de políticas neoliberais (Viana, Silva, 2018).

Estudos ressaltam preocupações com o modelo neoliberal que opera, sobretudo, por meio de políticas de austeridade, incluindo seus impactos na saúde das pessoas e que já foram ressaltados ao longo dessa seção. Tal modelo está associado às reduções nos gastos e no acesso público à saúde, além de outros serviços essenciais para a vida, como o acesso reduzido à água potável e ao saneamento (Navarro, 2008; Navarro et al., 2011). As desigualdades em saúde são consequências das desigualdades sociais. Aliviar a pobreza, pagar salários dignos, melhorar as condições de vida e de trabalho podem salvar vidas (Marmot, 2015).

No Brasil, propostas de privatização do sistema de saúde foram colocadas pelo governo vigente, ao mesmo tempo em que os direitos dos trabalhadores foram drasticamente

reduzidos e os benefícios previdenciários ficaram mais difíceis de serem alcançados pelos grupos mais vulneráveis. A política econômica neoliberal tem se mostrado um fracasso, aumentando a desindustrialização e levando milhares de trabalhadores ao desemprego e à informalidade, já que as reformas trabalhista e previdenciária têm acentuado a pobreza, afetando seriamente a economia de estados e municípios (Fleury, 2020).

Em contrapartida, países que evitaram cortes de gastos em programas sociais e que fortaleceram esses programas, em tempos de crise econômica, protegeram suas populações em relação ao agravamento do estado de saúde, além de apresentarem recuperação do crescimento econômico em prazo mais curto do que aqueles que fizeram ajustes fiscais e redução de programas sociais. Ademais, programas que apoiam as pessoas desempregadas a se reinserirem no mercado de trabalho de forma ativa, de apoio às famílias, à paternidade e à maternidade, entre outros, são apontados como relevantes para a mitigação dos efeitos negativos das crises econômicas (Vieira, 2016).

Os modos de vida e de trabalho de cada grupo social são determinados pela forma como a sociedade está organizada, no âmbito jurídico, político e ideológico, o que dá sustentabilidade ao modo de produção. Assim, as relações econômicas, sociais, culturais e políticas afetam a forma como as pessoas vivem e, conseqüentemente, os perfis de saúde-doença (Bertolozzi et al., 2020). Embora medidas protetivas focalizadas, como os incentivos sociais para a adesão ao tratamento da TB e programas para a superação da pobreza, sejam necessárias e tenham efeitos benéficos, é necessário que existam políticas de proteção social amplas, que façam parte da estrutura da sociedade e que ajudem na melhora das condições de vida e trabalho da população a fim de superar as desigualdades sociais e de saúde.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em relação à Etapa 1 do estudo, a COVISA informou que a variável que identifica se o paciente recebe Bolsa Família, na Ficha de Notificação Compulsória não é usualmente preenchida, por não ser um dado obrigatório e, por este motivo, esse dado não foi disponibilizado, o que impossibilitou a análise das medidas de proteção social na Etapa 1 do presente estudo.

Em relação à Etapa 2, o processo de coleta coincidiu com a mudança de coordenadores e supervisores das Coordenadorias de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde, assim como com os gerentes das Unidades Básicas de Saúde. Por esse motivo, novas reuniões para a

apresentação dos objetivos do projeto, organização da coleta de dados e apresentação da autorização do CEP de ambas as instituições (Escola de Enfermagem e Secretaria Municipal de Saúde) foram realizadas em diversos momentos, o que, causou limitações na coleta de dados.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

A TB é uma doença socialmente determinada e intrinsecamente relacionada às desigualdades sociais. Desta forma, a forma como a sociedade está organizada determina distintos potenciais de desgaste e de fortalecimento para o enfrentamento do processo-saúde da doença. O presente estudo possibilitou identificar características sociodemográficas, pessoais e relativas às condições de vida e trabalho, do tratamento, da doença e sobre os incentivos e medidas de proteção social. Tais elementos fazem parte, principalmente da dimensão singular e particular e permitem uma aproximação à compreensão do processo saúde-doença da TB. A gama de resultados no presente estudo foi ampla, entretanto, alguns elementos se destacaram como mais relevantes para a adesão ao tratamento.

Os benefícios sociais relacionados ao tratamento da TB, assim como as medidas de proteção social foram objetos centrais do estudo. Em relação ao primeiro, identificou-se a presença da cesta básica e do vale-transporte. Embora o vale-transporte tenha se configurado como fortalecedor do tratamento, em especial para aqueles pacientes que necessitam de transporte público para se deslocar à unidade de tratamento ou para a realização de exames fora da unidade de saúde mais próxima à residência, foi a cesta básica que se destacou como elemento de maior importância para a adesão ao tratamento.

As precárias condições de vida e trabalho das pessoas acometidas pela doença fez com que este incentivo social se configurasse não apenas como fortalecedor do processo de adesão ao tratamento, mas também como forma de sustento essencial para as famílias acometidas pela TB, em especial, aquelas que se encontravam em situação de desemprego e de maior vulnerabilidade social.

Embora mencionados de forma menos expressiva, evidenciou-se o Programa Bolsa Família e o auxílio-doença como importantes medidas de proteção social dentro do sistema de Seguridade Social. O primeiro relacionado à Assistência Social e o segundo relacionado ao Seguro Social (Previdência Social). Dentre essas duas medidas protetivas, destacou-se o auxílio-doença. Embora poucos pacientes se encontrassem em situação trabalhista que possibilitasse o recebimento deste auxílio, o que evidencia ainda mais a vulnerabilidade dessas pessoas frente ao sistema trabalhista, ele se mostrou expressivamente importante para os pacientes devido à intensa debilidade causada pela doença. Uma das características patognomônicas da TB é a debilidade física, que limita a realização das atividades laborais.

Ao mesmo tempo, os efeitos adversos do medicamento ajudam a tornar o processo ainda mais restritivo em relação à possibilidade de trabalhar. Ressalta-se, portanto a importância dessa medida de proteção social para o amparo das pessoas por ocasião da necessidade de afastamento do trabalho.

Assim como o auxílio-doença, apenas uma pequena parcela dos pacientes eram, no momento da entrevista, beneficiários do Programa Bolsa Família. É possível que sua menor expressividade nos depoimentos tenha ocorrido por não ser um benefício diretamente vinculado ao tratamento da TB. Ainda assim, o Programa demonstrou-se importante, principalmente em momento de desemprego, situação em que o benefício era a única forma de renda.

Ademais, grande parte dos entrevistados, na segunda etapa do estudo, relatou que a doença impediu a realização das atividades laborais. Assim, os incentivos e medidas de proteção social configuraram-se como importante elemento para a adesão ao tratamento, pois garantiram o sustento da família no momento em que foi necessário o afastamento do trabalho ou em momento de desemprego.

Embora os incentivos e medidas de proteção social apresentem-se como os elementos principais do presente estudo, foi possível identificar outros aspectos relevantes no processo saúde-doença da TB. Dentre as características sociodemográficas e do tratamento da TB, verificou-se a prevalência do sexo masculino, da faixa etária produtiva, de casos novos, da forma clínica pulmonar e da presença das comorbidades tabagismo, alcoolismo e uso de drogas. A idade, a raça e não fazer uso de álcool e drogas mostraram-se significativas para o processo de adesão ao tratamento.

Em relação às características de condições de vida e trabalho, identificadas apenas na segunda etapa do estudo, destaca-se que a maioria dos pacientes não contribuía com a Previdência Social, o que evidencia que não só encontravam-se em vulnerabilidade em relação ao emprego, mas também descobertos de programas governamentais, como o auxílio-doença, que foi destacado como elemento de grande importância para a adesão e para o sustento da família por aqueles que o receberam.

Em relação aos elementos referentes ao tratamento da TB, destacou-se o TDO, significativa no alcance da cura e, conseqüentemente, como fortalecedor do processo de adesão. Pacientes que obtiveram maior número de supervisões na tomada da medicação

apresentaram maior taxa de cura. Ademais, o TDO possibilitou o vínculo entre o paciente e os profissionais de saúde que o acompanharam durante todo o tratamento. Dentre esses profissionais, destacou-se a atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem, sendo relatada a significativa dedicação e acolhimento desses profissionais e se configurando como importante fortalecedor da adesão ao tratamento.

Dentre as barreiras encontradas no processo de adesão, observou-se que a sintomatologia limita o desempenho das atividades laborais e a necessidade de afastamento do trabalho trazia desconforto aos pacientes e, como já mencionado, também o próprio receio de que o TDO pudesse ser prejudicial à permanência no trabalho. Assim como esses aspectos relacionados à doença e ao tratamento, destaca-se que o processo para a obtenção do auxílio-doença mostrou-se como elemento de desgaste aos entrevistados.

Embora elementos que perfazem as dimensões singular e particular sejam relevantes na determinação do processo saúde-doença, elementos da dimensão estrutural, ou seja, que se referem à estrutura da sociedade, são fundamentais para a compreensão desse processo. A TB é inegavelmente associada aos modos de vida e trabalho, os quais estão relacionados intrinsecamente ao modo de produção. Assim, a forma como a sociedade está organizada desencadeia potenciais de desgaste e fortalecimento para o enfrentamento da doença, que são distintos segundo os diferentes grupos sociais. Desta forma, a organização econômica, jurídico, política e ideológica de uma sociedade influenciam a forma de inserção das pessoas nos grupos sociais, assim como o processo saúde-doença e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento da TB.

Concluiu-se, portanto, que no presente estudo, as medidas de proteção social, juntamente com os incentivos sociais, foram importantes para o seguimento do tratamento e para a adesão ao tratamento. Desta forma, embora os achados deste estudo relacionem-se a uma população específica, e a um espaço-tempo particulares, não se pode deixar de considerar que as mudanças estruturais econômicas que vêm ocorrendo em nosso país, ao longo dos últimos anos nos colocam em alerta a respeito dos futuros impactos nas medidas de proteção social que foram conquistadas ao longo da história. Assim, defende-se que é fundamental que as medidas e os incentivos sociais integrem o alicerce da sociedade de forma a contribuir para condições dignas de vida e diminuir a injustiça social e não apenas como medidas paliativas para o enfrentamento de doenças.

7.1 IMPACTOS DA PESQUISA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Verificou-se, na revisão da literatura realizada neste estudo, a escassez de pesquisas sobre políticas e programas de incentivos e medidas de proteção social e sua influência no tratamento da TB, embora essa seja uma temática introduzida desde 2016 pela OMS, no âmbito da Estratégia para o Fim da TB. Em especial, há uma grande carência na contribuição de estudos com abordagem qualitativa. Assim, o presente estudo contribui para suprir a lacuna de estudos sobre a temática, sobretudo, com a apresentação da percepção dos pacientes acerca de tais benefícios.

Dentre as diversas facetas envolvidas no tratamento da TB, o presente estudo possibilitou uma melhor compreensão da influência das medidas de proteção e incentivos sociais, por meio da percepção de quem as receberam. Além disso, possibilitou a identificação de aspectos referentes às condições de vida e trabalho e relativas ao processo saúde-doença de pacientes que realizaram o tratamento da TB. Tais informações podem contribuir para que profissionais de saúde e gestores compreendam a importância da oferta de tais benefícios para o processo de adesão ao tratamento, assim como as necessidades sociais e de saúde dos pacientes.

Referências

REFERÊNCIAS

- Abramo L, Cecchini S, Ullmann H. Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020;25(5):1587-1598. Epub 08-Maio-2020. DOI? 10.1590/1413-81232020255.32802019
- Aibana O, Dauria E, Kiriazova T, Makerenko O, Bachmaha M, Rybak N, et al. Patients' perspectives of tuberculosis treatment challenges and barriers to treatment adherence in Ukraine: a qualitative study. *BMJ Open*. 2020;10:e032027. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032027
- Akerman M, Righi LB, Pasche DF, Trufelli D, Lopes PR. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, São Paulo: Editora Hucitec. 2006.
- Andrade KVF, Nery JS, Araújo GS, Barreto ML, Pereira SM. Associação entre desfecho do tratamento, características sociodemográficas e benefícios sociais recebidos por indivíduos com tuberculose em Salvador, Bahia, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2019;28(2):e2018220. Epub Jun 27, 2019. DOI: 10.5123/s1679-49742019000200004.
- Arbex MA, Siqueira HR, D'Ambrosio L, Migliori GB. O desafio do tratamento da tuberculose extensivamente resistente em um hospital de referência no estado de São Paulo: um relato de três casos. *J. bras. pneumol*. 2015;41(6):554-59. DOI: 10.1590/s1806-37562015000000299.
- Arcoverde MAM, Berra TZ, Alves LS, Santos DT, Belchior AS, Ramos ACV, et al. How do social-economic differences in urban areas affect tuberculosis mortality in a city in the tri-border region of Brazil, Paraguay and Argentina. *BMC Public Health*. 2018; 18: 795 (2018). DOI: 10.1186/s12889-018-5623-2
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005; 8(1):19-32.
- Arretche MTS. Emergência e desenvolvimento do WelfareState: teorias explicativas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*. 1995;39:3-40.
- Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 1999;14(40):111-41.
- Arretche MTS. A política da política de saúde no Brasil. In: Lima NT e colaboradores. *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.
- Barbosa RJ. Estagnação Desigual: desemprego, desalento, informalidade e a distribuição de renda do trabalho no período recente (2012-2019). *Boletim Mercado de Trabalho – Conjuntura e Análise nº 67*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019
- Bastos SH, Taminato M, Fernandes H, Figueiredo TMRM, Nichiata LYI, Hino P. Perfil Sociodemográfico e de saúde da coinfeção tuberculose/HIV no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Bras. Enferm*. 2019;72(5):1389-96. Epub 16-Set-2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0285.

Behling F. *The Welfare State: the employment relationship in Britain and Germany*. Gewerbestrasse, Suíça: Palgrave Macmillan. 2018.

Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário de Butantã-SP [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.

Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) no Município de São Paulo [tese de livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Bertolozzi MR, Takahashi RF, França FOS, Hino P. A ocorrência da tuberculose e sua relação com as desigualdades sociais: Estudo de revisão Integrativa na Base PubMed. Esc. Anna Nery. 2020;24(1):e20180367. Epub 28-Nov-2019.

Bhargava A, Bhargava M. Tuberculosis deaths are predictable and preventable: Comprehensive assessment and clinical care is the key. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*. 2020;19. DOI: 10.1016/j.jctube.2020.100155

Biagolini REM. Trabalho e adoecimento por tuberculose em bolivianos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Penha/São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.

Boccia D, Hargreaves J, Lönnroth K, Jaramillo E, Weiss J, Uplekar M, et al. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15(Suppl 2):37-49. doi: 10.5588/ijtld.10.0438.

Bock NN, Sales RM, Rogers T, DeVoe B. A spoonful of sugar: improving adherence to tuberculosis treatment using financial incentives. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001;5(1):96-8.

Bonita, R, Beaglehole R, Kjellström T. *Epidemiologia básica*. 2ed. Santos: Grupo Editorial Nacional. 2010.

Brandão HHN. *Introdução à análise do discurso*. 2 ed. Campinas: Editora da UNICAMP. 2004.

Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 jul. 1991.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. *Boletim Epidemiológico*. 2015;46(9):1-19.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (ipea). *Texto para discussão 2499: Os efeitos do programa bolsa família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos*. Brasília; Rio de Janeiro: Ipea, 2019a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose 2020. Boletim Epidemiológico: número especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

Brasil. Ministério da Cidadania. Ações e Programas: Cadastro Único [Internet]. Brasília; 2020b [citado 2020 mar. 02]. Disponível em: <http://www.cidadania.gov.br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas>.

Brasil. Ministérios da Cidadania. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Relatório de Informações Sociais: Relatório sobre Bolsa Família e Cadastro Único [Internet]. Brasília; 2020c [atualizado 2020; citado 2020 mar. 02]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIv3/geral/relatorio.php#Benef%C3%ADcios>.

Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Programas e Serviços: Bolsa Família [Internet]. Brasília; 2020d [citado 2020 mar. 02]. Disponível em: <http://desenvolvimentosocial.gov.br/servicos/bolsa-familia>.

Breilh J. Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM, Antunes MJM (orgs.). A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: CIPESC. Brasília: ABEN, 1999. (Série Didática: Enfermagem no SUS). p. 348-53.

Carter DJ, Glaziou P, Lönnroth K, Siroka A, Floyd K, Weil D, et al. The impact of social protection and poverty elimination on global tuberculosis incidence: a statistical modelling analysis of Sustainable Development Goal 1. Lancet Glob Health. 2018;6(5):e514-e522. Epub 2018 Mar 23. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30195-5.

Carter DJ, Daniel R, Torrens AW, Sanchez MN, Maciel ELN, Bartholomay P, et al. The impact of a cash transfer programme on tuberculosis treatment success rate: a quasi-experimental study in Brazil. BMJ Global Health. 2019;4:e001029.

Charyeva Z, Curtis S, Mullen S, Senik T, Zaliznyak O. What works best for ensuring treatment adherence. Lessons from a social support program for people treated for tuberculosis in Ukraine. PLoS One. 2019 Aug 26;14(8):e0221688. doi: 10.1371/journal.pone.0221688

Chaves Torres NM, Quijano Rodríguez JJ, Porras Andrade PS, Arriaga MB, Netto EM. Factors predictive of the success of tuberculosis treatment: A systematic review with meta-analysis. PLoS ONE. 2019;14(12):e0226507. DOI: 10.1371/journal.pone.0226507

Chen J, Bergquist R, Zhou XN, Xue JB, Qian MB. Combating infectious disease epidemics through China's Belt and Road Initiative. PLoS Negl Trop Dis. 2019;13(4):e0007107. DOI: 10.1371/journal.pntd.0007107

- Claros JM, de Pee S, Bloem MW. Adherence to HIV and TB care and treatment, the role of food security and nutrition. *AIDS Behav.* 2014 Oct;18 Suppl 5:S459-64. DOI: 10.1007/s10461-014-0870-4.
- Cluver LD, Toska E, Orkin FM, Meinck F, Hodes R, Yakubovich AR et al. Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? *AIDS Care.* 2016;28(sup2):73-82. DOI: 10.1080/09540121.2016.1179008
- Costa S. Desigualdades, interdependência e políticas sociais no Brasil. In: Pires RRC (org.). *Implementando desigualdades : reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas.* Rio de Janeiro: Ipea, 2019.
- Cronemberger IHGM, Teixeira SM. O sistema de proteção social brasileiro, política de assistência social e a atenção à família. *Pensando famílias.* 2015;19(2):132-147.
- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos – DIESE. *Nota Técnica 203 – PEC 06/2019: a desconstrução da Seguridade Social.* 2019.
- Dirlikov E, Raviglione M, Scano F. Global tuberculosis control: Toward the 2015 targets and beyond. *Ann Intern Med.* 2015;163(1):52–8.
- Dubos R, Dubos J. *The with plague: tuberculosis, man, and society.* New Brunswick: Rutgers University Press. 1987.
- Durovni B, Saraceni V, Puppini MS, Tassinari W, Cruz OG, Cavalcante S, et al. The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data. *J Public Health.* 2018;40(3):e359-366.
- Esping-Andersen G. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política.* 1995;(35),73-111.
- Fagnani E. *Política Social no Brasil (1964-2002): Entre a Cidadania e a Caridade [tese de doutorado].* Campinas (SP): Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- Farmer P. Social scientists and the new tuberculosis. *Soc Sci Med.* 1997;44(3):347-58.
- Farmer P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor.* Los Angeles: University of California Press. 2005.
- Ferreira MRJ. *Tendências e contratendências de mercantilização: as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico [tese de doutorado].* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016.
- Ferreira KR, Orlandi GM, Silva TC, Bertolozzi MR, França FOS, Bender A. Representations on adherence to the treatment of Multidrug-Resistant Tuberculosis. *Rev. esc. enferm. USP.* 2018;52:e03412. Epub Dec 20, 2018. DOI: 10.1590/s1980-220x2018010303412.
- Fiorin JL. *Elementos de análise do discurso.* São Paulo: EDUSP; 1989.

Fleury S, Ouverney AM. Políticas de saúde: uma política social. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Coordenadores: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. 2ª ed. Cebes: Rio de Janeiro, 2015, p. 1-42.

Fleury S. Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro [Internet]. Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ. Publicado 19 mai 2020. Acesso em 29 jun 2020. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1179>.

Flick U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013.

Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001.

Fuady A, Houweling TAJ, Mansyur M, Burhan E, Richardus Jh. Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: eight simulated scenarios. *Infect Dis Poverty*. 2019;8:10. DOI: 10.1186/s40249-019-0519-7

Gardën B, Samarina A, Stavchanskaya I, Alsterlund R, Ovregaard A, Taganova O et al. Food incentives improve adherence to tuberculosis drug treatment among homeless patients in Russia. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:117-22.

Garg T, Gupta V, Sen D, Verma M., Brouwer M, Mishra R, Bhardwaj M. Prediagnostic loss to follow-up in an active case finding tuberculosis programme: a mixed-methods study from rural Bihar, India. *BMJ Open*. 2020;10(5):e033706. DOI:10.1136/bmjopen-2019-033706

Getahun H, Baddeley A, Ravigliione M. Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs. *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:154-56. DOI: 10.2471/BLT.13.117267

Giovanella L. Entre o mérito e a necessidade: análise dos princípios constitutivos do seguro social de doença alemão. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(1):133-46.

Granda E, Breilh J. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez: Instituto de Saúde; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 1989.

Gupta RK, Lipman M, Story A, Hayward A, Vries G, van Hest R., et al. Active case finding and treatment adherence in risk groups in the tuberculosis pre-elimination era. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2018;22(5):479–87. DOI:10.5588/ijtld.17.0767

Gurung SC, Dixit K, Rai B, Caws M, Paudel PR, Dhital R, et al. The role of active case finding in reducing patient incurred catastrophic costs for tuberculosis in Nepal. *Infect Dis Poverty*. 2019;8:99. DOI: 10.1186/s40249-019-0603-z

Hammig B, Bouza B. Paid Sick Leave Benefits and Adherence to Recommended Screening Tests Among Male Labor Workers in the U.S. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2019;61(2):102-6. DOI:10.1097/jom.0000000000001481

Herrero MB, Ramos S, Arrosi S. Determinants of non adherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment. *Rev. bras. epidemiol.* 2015;18(2):287-98.

Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, et al. Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(1):44-51.

Holden IK, Andersen PH, Wejse C, Lillebaek T, Johansen IS. Review of tuberculosis treatment outcome reporting system in Denmark, a retrospective study cohort study from 2009 through 2014. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:83. DOI: 10.1186/s12913-020-4927-y

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades e Estados: São Paulo [Internet]. 2019 [citado 2020 mar. 3]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-paulo.html?>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Ministério da Economia. Texto para Discussão 2451. Coordenação do Bolsa Família nos sistemas de políticas públicas. Brasília: Ministério da Economia, 2019a.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Ministério da Economia. Texto para Discussão 2499. Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Brasília: Ministério da Economia, 2019b.

International Labour Organization - ILO. Social protection floor for a fair and inclusive globalization. Geneva: International Labour Organization, 2011.

ILO. World Social Protection Report 2017-19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals. Geneva: International Labour Organization. 2017.

ILO. Social Protection Department. Extension of Social Security: Reversing Pension Privatization: Rebuilding public pension systems in Eastern European and Latin American countries (2000-18). Working Paper No. 63. Geneva: International Labour Organization, 2018.

Jaccoud L, Bichir R, Mesquita AC. O suas na proteção social brasileira: transformações recentes e perspectivas. *Novos estudos CEBRAP.* 2017;36(2):37-53.

Jaccoud L. Texto para Discussão nº 1372. Serie seguridade social. Pobres, pobreza e cidadania: os desafios recentes da proteção social. 2009.

Khan FY. Review of literature on disseminated tuberculosis with emphasis on the focused diagnostic workup. *J Fam Community Med.* 2019; 26:83-91. DOI: 10.4103/jfcm.JFCM_106_18

Kim IH, Muntaner C, Vahid FV, Vives A, Vanroelen C, Benach J. Welfare states, flexible employment, and health: A critical review. *Health Policy.* 2012;104(2):99-127. DOI: 10.1016/j.healthpol.2011.11.002

Kootbodien T, Wilson K, Tlotleng N, Ntlebi V, Made F, Rees D, Naicker N. Tuberculosis Mortality by Occupation in South Africa, 2011-2015. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(12):2756. DOI: 10.3390/ijerph15122756.

Kundu D, Katre V, Singh K, Deshpande M, Nayak P, Khaparde K, et al. Innovative social protection mechanism for alleviating catastrophic expenses on multidrug-resistant tuberculosis patients in Chhattisgarh, India. *WHO South-East Asia J Public Heal.* 2015;4(1):69.

Labonté R, Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:312–18. DOI:10.1136/jech-2015-206295

Lankinen DS, Bergström S, Mäkela PH, Peltomaa M. Health and Disease in developing countries. 1. ed. London and Basingstoke: The Macmillan Press LTD, 1994.

Lavinas L, Cordilha AC. Reforma da previdência: qualificando o debate brasileiro à luz de experiências internacionais. *Revista NECAT.* 2019;8(15):35-43.

Lobato LVC, Costa AM, Rizzotto MLF. Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira. *Saúde debate.* 2019;43(120):5-9. DOI: 10.1590/0103-1104201912000

Lönnroth K, Glaziou P, Weil D, Floyd K, Uplekar M, Raviglione M. Beyond UHC: Monitoring Health and Social Protection Coverage in the Context of Tuberculosis Care and Prevention. *PLOS Medicine.* 2014;11(9):1-10.

Lyon E, Farmer P. Inequality, Infections, and Community-Based Health Care. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics.* 2005;5(1):465-474.

Machado DB, Pescarini JM, Araújo LFSC, Barreto ML. Austerity policies in Brazil may affect violence related outcomes. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019;24(12):4385-94. Epub Nov 25, 2019. DOI:10.1590/1413-812320182412.07422019

Malacarne J, Kolte IV, Freitas LP, Orellana JDY, Souza MLP, Souza-Santos R, et al. Factors associated with TB in an indigenous population in Brazil: the effect of a cash transfer program. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo.* 2018;60:e63. Epub Oct 25, 2018. DOI: 10.1590/s1678-9946201860063.

Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais.* 2017;4(1):259-81. DOI:10.5380/rinc.v4i1.50289.

Marmot M. Fair society, health lives: The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. 2010.

Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012;380:1011–29.

Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. *Lancet* 2015; 386: 2442–44. DOI: 10.1016/ S0140-6736(15)00150-6

Marques RM, Ximenes SB, Ugino CK. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. *Brazilian Journal of Political Economy.* 2018;38(3):526-47. DOI: 10.1590/0101-35172018-2784

McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med (Lond)*. 2012;12(4):346-50. doi: 10.7861/clinmedicine.12-4-346

Meira L, Chaves C, Araújo C, Almeida L, Boaventura R, Ramos A, et al. Predictors and outcomes of disseminated tuberculosis in an intermediate burden setting. *Pulmonology*. 2019;25(6):320-27. DOI: 10.1016/j.pulmoe.2018.11.001. Epub 2019 Feb 26

Minayo MCS, Minayo-Gómez C. Dífíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA (Org). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

Muntaner C, Solar O, Vanroelen C, Martínez JM, Vergara M, Santana V, et al. Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms. *Int J Health Serv*. 2010;40(2):281-95. doi: 10.2190/HS.40.2.h

Müller AM, Osório CS, Silva DR, Sbruzzi G, Tarso P, Dalcin R. Interventions to improve adherence to tuberculosis treatment: systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2018;22(7):731-40. DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0596>

Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Vergés N, Pasarín MI. Politics and health outcomes. *Lancet*. 2006;368:1033–37. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69341-0

Navarro V. Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata. *Global Social Policy*. 2008;8(2):152-55. DOI: 10.1177/14680181080080020203

Nery JS, Rodrigues LC, Rasella D, Aquino R, Barreira D, Torrens AW, et al. Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(7):790–6.

Nogueira M, Ikemura Amaral A. Os impactos do COVID-19 no precarizado mercado laboral brasileiro demandam políticas abrangentes como a renda básica universal. *LSE Latin America and Caribbean Blog*. 2020

Noppert, G.A., Clarke, P., Hicken, M.T. et al. Understanding the intersection of race and place: the case of tuberculosis in Michigan. *BMC Public Health*. 2019;19:1669. DOI: 10.1186/s12889-019-8036-y

Oliosi JGN, Reis-Santos B, Locatelli RL, Sales CMM, Silva Filho WG, Silva KC, et al. Effect of the Bolsa Familia Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e219-e226. Epub 2018 Dec 21. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30478-9.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Direitos humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira*. Brasília: OPAS; 2015.

Orlandi GM. Medidas de apoio ao tratamento da tuberculose: percepção de profissionais de saúde da atenção básica do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Orlandi GM, Pereira ÉG, Biagolini REM, França FOS, Bertolozzi MR. Social incentives for adherence to tuberculosis treatment. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72(5):1182-1188. Epub Sep 16, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0654.

Osório RG. A desigualdade racial da pobreza no Brasil (Texto para discussão 2487). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

Oxfam Brasil. Privilégios que negam direitos: desigualdade extrema e captura política na América Latina e no Caribe. São Paulo: Editora Búho; 2016.

Oxfam Brasil. Compensem o trabalho, não a riqueza. Tradução ao português feita por Master Language Traduções e Interpretações Ltda. 2018a.

Oxfam Brasil. País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras. São Paulo: Brief Communication; 2018b.

Pase HL, Melo CC. Políticas públicas de transferência de renda na América Latina. *Revista de Administração Pública.* 2017;51(2):312-29. DOI: 10.1590/0034-7612150770

Pedrazzoli D, Houben, RM, Grede N, Pee S, Boccia D. Food assistance to tuberculosis patients: lessons from Afghanistan. *Public Health Action.* 2016;6(2): 47-153. DOI: <https://doi.org/10.5588/pha.15.0076>

Pee S, Grede N, Mehra D, Bloem MW. The enabling effect of food assistance in improving adherence and/or treatment completion for antiretroviral therapy and tuberculosis treatment: a literature review. *AIDS Behav.* 2014 Oct;18 Suppl 5:S531-41. doi: 10.1007/s10461-014-0730-2. PMID: 24619602.

Pescarini JM, Williamson E, Nery JS, Ramond A, Ichihara MY, Fiaccone RL et al. Effect of a conditional cash transfer programme on leprosy treatment adherence and cure in patients from the nationwide 100 Million Brazilian Cohort: a quasi-experimental study. *Lancet Infect Dis.* 2020; 20: 618–27. DOI: 10.1016/S1473-3099(19)30624-3

Prates RJ, Barbosa I. Efeitos do desemprego, do Auxílio Emergencial e do Programa Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda (MP 936) sobre a renda, a pobreza e a desigualdade durante e depois da pandemia. Acesso em: 13 jul 2020. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3630693

Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(2):369-77.

Raviglione M, Krech R. Tuberculosis: still a social disease. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011;15(6):S6–S8.

Reeves A, Basu S, McKee M, Sandgren A, Stuckler D, Semenza JC. Tuberculosis control and economic recession: longitudinal study of data from 21 European countries, 1991-2012. *Bull World Health Organ.* 2015;93(6):369-79. DOI: 10.2471/BLT.14.142356. Epub 2015 Apr 15.

Reeves A, Basu S, McKee M, Stuckler D, Sandgren A, Semenza J. Social protection and tuberculosis control in 21 European countries, 1995-2012: A cross-national statistical modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(11):1105–12.

Reis-Santos B, Pellacani-Posses I, Macedo LR, Golub JE, Riley LW, Maciel EL. Directly observed therapy of tuberculosis in Brazil: associated determinants and impact on treatment income. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015;19(10):1188-93. DOI: 10.5588/ijtld.14.0776

Rezende AF. Os benefícios não contributivos em dinâmicas sociais e economias locais: estudo de caso em Passa Tempo (MG). *RBCS*. 2018;33(96):1-14.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2006.

Ruru Y, Matasik M, Oktavian A, Senyorita R, Mirino Y, Tarigan LH, et al. Factors associated with non-adherence during tuberculosis treatment among patients treated with DOTS strategy in Jayapura, Papua Province, Indonesia. *Global Health Action*. 2018;11: 1510592. DOI: 10.1080/16549716.2018.1510592

Ryan, F. *Tuberculosis: the greatest story never told*. England: SWIFT Publishers. 1992.

Sá AM, Santiago LA, Santos NV, Monteiro NP, Pinto PH, Lima AM, Iwasaka-Neder PL. Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2017;15(3):155-60.

San Pedro A, Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(4):294-301.

Santos E, Felgueiras O, Oliveira O, Duarte R. The Effect of a Basic Basket on Tuberculosis Treatment Outcome in the Huambo Province, Angola. *Arch Bronconeumol*. 2018;54:167-8. DOI: 10.1016/j.arbres.2017.08.013

Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(7):2303-14. DOI: 10.1590/1413-81232018237.09192018

Santos JN, Sales CMM, Prado TN, Maciel EL. Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2011-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2018;27(3):e2017464. Epub 22 Out 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000300015

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. N° de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde Município de São Paulo, 2020.

Shuhama BV, Silva LMC, Andrade RLP, Palha PF, HP, Souza KMJ. Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas. *Rev. esc. enferm. USP*. 2017;51:e03275. Epub 21-Dez-2017. DOI: 10.1590/s1980-220x2016050703275.

Silva MR, Pereira JC, Costa RR, Dias JA, Guimarães MDC, Leite ICG. Drug addiction and alcoholism as predictors for tuberculosis treatment default in Brazil: a prospective cohort

study. *Epidemiology and Infection*, 2017;145(16):3516-24. DOI: 10.1017/S0950268817002631

Silva RD, Luna FDT, Araújo AJ, Camêlo ELS, Bertolozzi MR, Hino P, et al. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2017;17:725. DOI: 10.1186/s12889-017-4752-3

Silva TC, Matsuoka PFS, Aquino DMC, Caldas AJM. Fatores associados ao retratamento da tuberculose nos municípios prioritários do Maranhão, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(12):4095-4104. DOI: 10.1590/1413-812320172212.20612015

Siroka A, Ponce NA, Lönnroth K. Association between spending on social protection and tuberculosis burden: A global analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(4):473–9.

Souza RA, Nery JS, Rasella D, Guimarães Pereira RA, Barreto ML, Rodrigues L, et al. Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2018 Nov 1;22(11):1300-1306. doi: 10.5588/ijtld.17.0907

Stuckler D, Reeves A, Loopstra R, Karanikolos M, McKee M. Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *European Journal of Public Health*. 2017;27(suppl.4):18–21. DOI: 10.1093/eurpub/ckx167

Torrens AW, Rasella D, Boccia D, Maciel ELN, Nery JS, Olson ZD, et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: A retrospective cohort study in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2015;110(3):199–206.

Trovão CJBM. A pandemia da COVID-19 e a desigualdade de renda no Brasil : um olhar macrorregional para a proteção social e os auxílios emergenciais. Texto para Discussão nº 004. 2020.

Tupasi T, Garfin AMCG, Mangan JM, Orillaza-Chi R, Naval LC, Balane G, et al. Multidrug-resistant tuberculosis patients' views of interventions to reduce treatment loss to follow-up. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2017;21(1):23-31. DOI: 10.5588/ijtld.16.0433

United Nations. No poverty: why it matters. 2016. Access in: 23 jan 2020. Available in: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/wp-content/uploads/2018/09/Goal-1.pdf>

United Nations. World Economic Situation and Prospects: October 2019 briefing, nº 131. Monthly briefing. Access in: 23 jan 2020. Available in: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/Monthly_Briefing_131.pdf.

Viana ALA, Elias PEM, Ibañes N. Proteção Social: Dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

Viana ALA, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*. 2008;18(4):645-84.

Viana ALÁ, Silva HP. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 ; 23(7):2107-18.

Vieira FS. Nota técnica nº 26: Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016.

World Health Organization (WHO), International Labor Office (ILO). A joint Crisis Initiative of the UN Chief Executives Board for Co-ordination on the Social Protection Floor. Geneva, 2009.

World Health Organization. Health and welfare systems development in the 21st century: proceedings of third global symposium. Japan, World Health Organization Centre for Health Development (WHO Kobe Centre, WKC), 2002.

World Health Organization. Addressing poverty in TB control: options for national TB control programmes. Geneva: World Health Organization, 2005.

World Health Organization. Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. Geneva, World Health Organization, 2008.

World Health Organization. World Health Report. Health systems financing: The path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.

World Health Organization. Tuberculosis report 2015. Geneva, World Health Organization, 2015.

World Health Organization. Tuberculosis report 2016. Genebra, World Health Organization, 2016.

World Health Organization. Tuberculosis report 2017. Genebra, World Health Organization, 2017.

World Health Organization. Tuberculosis report 2019. Genebra, World Health Organization, 2019.

World Health Organization. World Health Report. Health systems financing: The path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.

Zenebe Y, Adem Y, Mekonnen D, et al. Profile of tuberculosis and its response to anti-TB drugs among tuberculosis patients treated under the TB control programme at Felege-Hiwot Referral Hospital, Ethiopia. BMC Public Health. 2016;16:688. DOI: 10.1186/s12889-016-3362-9

Zhou Y, Guo Y, Liu Y. Health, income and poverty: evidence from China's rural household survey. Int J Equity Health. 2020;19:36. DOI: 10.1186/s12939-020-1121-0

Apêndices

APÊNDICE A – Questionário

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
1.a) Iniciais do usuário: _____	
1.b) Tipo de Entrada no Sistema:	
1.b.1() Caso novo 1.b.2() Recidiva 1.b.3() Reingresso após abandono 1.b.4 () Transferência	
1.c) Em que mês se encontra o tratamento? 1.c1() 2 mês 1.c2() 3 mês 1.c3() 4 mês 1.c4() 5 mês	
1.c5() 6 1.c6 () outro: _____	
1.d)Endereço: _____	
1.e) Telefone: _____	
1.f) Contato: _____	
INFORMAÇÕES GERAIS	
2.a) Cód. SINAN: _____	
2.b) Nº Prontuário: _____	
2.c) Nome da Unidade de Saúde (US): _____	
2.d) Nome Distrito US: _____	
2.e) Endereço da US: _____	
2.f) Tipo de US:	
1() UBSF 2() UBS 3() UBS/UBSF 4() Ambulatório de Referência para Tuberculose	
5() Unidade de Referência 6() Outra: _____	
3. Sexo:	
1() Masculino 2() Feminino	
4.a) Data de nascimento: ____/____/____ 4.b) Idade: _____ anos	
5. Situação familiar/conjugal:	
5.a) () convive c companheiro(a)	
5.b) () convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais;	
5.c) () vive só	
6. Número de pessoas que moram na casa	
6.a) () mora sozinho 6.b) () uma 6.c) () duas 6.d) () três	
6.e) () quatro 6.f) () cinco 6.g) () seis ou mais	
7. Situação de moradia	
7.a) () Casa própria 7.b) () Casa alugada 7.c) () Casa cedida 7.d) () Casa ocupada	
7.e) () Albergue 7.f) () Morador de rua 7.g) () Outros: _____	
8. O Sr (a) considera-se exposto a:	
8.a () Violência	
8.b () Enchente	
8.c () Moradia em condições inadequadas	
8.d ()Outros _____	
9. Escolaridade: (em anos de estudo concluídos)	
8.a) () Nenhuma escolaridade 8.b) () De 1 a 3 8.c) () De 4 a 7 8.d) () De 8 a 11	
8.e) () De 12 e mais 8.f) () Ignorada 99 () NS/NR	
10. Ocupação/Situação no momento	
10.1. Realiza alguma atividade de trabalho no momento?	
1 () Sim:	2 () Não:
a) () Do lar: contribuinte	a) () Porque está desempregado há quanto tempo? _____
b) () Do lar: não contribuinte	b) () Está em licença devido à doença há quanto tempo? _____
c) () Empregado contribuinte	c) () Está aposentado
d) () Empregado não contribuinte	d) () Estudante
e) () Autônomo Contribuinte	e) () Outro _____
f) () Autônomo não contribuinte	

Obs: As perguntas 10.2 e 10.3 deverão ser realizadas para aqueles que responderam SIM no item 10.1 (c; d; e; f). Marcar NS/NR quando a resposta for NÃO ou SIM (a; b).

10.2. O que faz? _____ 99() NS/NR

10.3. Qual a sua jornada de trabalho semanal?

a) () Até 20 horas b) () 21-32 horas c) () 33-40 horas

d) Acima de 40 hs 99() NS/NR

10.4. A doença impediu continuar sua atividade de trabalho e/ou estudo?

a) () Sim b) () Não 99() NS/NR

RENDA FAMILIAR

11.1. Considera a renda suficiente?					
a) Para comer			e) Para o lazer		
1() Sim	2() Não	99() NS/NR	1() Sim	2() Não	99() NS/NR
b) Para o transporte			f) Para a saúde		
1() Sim	2() Não	99() NS/NR	1() Sim	2() Não	99() NS/NR
c) Para morar			g) Para a educação		
1() Sim	2() Não	99() NS/NR	1() Sim	2() Não	99() NS/NR
d) Para vestir					
1() Sim	2() Não	99() NS/NR			

11.2. Com quantas pessoas compartilha a renda?

a) () Não compartilha (mora sozinho) b) () 1 a 2 pessoas c) () 3 a 4 pessoas

d) () 5 a 6 pessoas e) () + 7 pessoas 99() NS/NR

12. Outras rendas

a) () Bolsa Família

b) () Incentivo Financeiro Social para a Doença(IFSD):

b.1() Municipal b.2 () Estadual b.3 () Federal

b.4 () Quantos salários mínimos (números) consiste o IFSD? _____ 99() NS/NR

SAÚDE-DOENÇA

13.1. Unidade de Saúde em que recebeu o diagnóstico

a) () UBSF / UBS b) () UPA / AMA c) () Ambulatório Referência em Tuberculose

d) () Hospital Público e) () Hospital Privado f) () Consultório Médico Privado

g) () Outro _____ 99() NS/NR

14. Forma Clínica de Tuberculose

a) () TB Pulmonar

b.1. () TB Extrapulmonar b.2. () Qual: _____

c) () TB Pulmonar + TB Extrapulmonar

99() NS/NR

15. Tipo de Tratamento que realiza para a TB

a) () TDO b) () Auto administrado 99() NS/NR

OBS: Na pergunta 15 - Para o TDO convencionou-se que o doente deverá ter no mínimo 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 tomadas na fase de manutenção. Nos casos em que o TDO não for realizado por profissional da equipe de saúde, não será considerado TDO para fins operacionais (inclusive para fins de notificação no SINAN)..

16. Quando a resposta do item 15 for “a” (TDO), perguntar quantas vezes por semana

a) () ≤ 2 vezes por semana b) () ≥ 3 vezes por semana 99() NS/NR

17. Comorbidades:

1 () Não

2 () Sim

a) () Aids	e) () Corticoterapia prolongada	i) () Drogas ilícitas → Se sim, qual?
b) () Diabetes → Se sim, qual?	f) () Transplantado de órgão	i.1. () Injetável
b.1. () Diabetes Mellitus tipo I (insulino-dependente)		i.2. () Não injetável
b.2. () Diabetes Mellitus tipo II		i.3. () Ambas
c) () Silicose	g) () Hemodiálise	j) () Transtornos mentais

d) () Neoplasia	h) () Alcoolismo	l) () Outra: _____
		99) () NS/NR
18. Exame HIV:		
a) () Positivo	b) () Negativo	c) () Teste em andamento
d) () Não realizado	99) () NS/NR	
19. Após o aparecimento dos sinais e sintomas da TB quanto tempo levou para receber o diagnóstico?		
a) () 1 a 10 dias	b) () 11 a 20 dias	c) () 21 a 30 dias
d) () 31 a 40 dias	e) () 41 a 50 dias	f) () 51 a 60 dias
g) () 2 meses a 6 meses	h) () 7 meses a 12 meses	i) () 13 meses a mais
99) () NS/NR		
20. Conhecia a TB antes de adoecer?	1 () Sim	2 () Não
	99) () NS/NR	
21. Recebeu orientações sobre a TB?	1 () Sim	2 () Não
	99) () NS/NR	
22. Se sim, de quem recebeu informação sobre a TB?		
a) () Profissional de saúde	c) () Vizinhos/familiares/colegas de trabalho/amigos	
b) () Mídia eletrônica, impressa, TV/rádio	d) () NS/NR	
23. Quando tem dúvidas sobre a TB ou seu tratamento para quem pergunta?		
a) () Médico	b) () Enfermeiro	c) () Familiares/amigos
d) () Técnico/Auxiliar de Enfermagem	f) () Agente Comunitário de Saúde	e) () Pesquisa na internet
g) () Outros: _____	99) () NS/NR	
24. O(A) Sr(a) está satisfeito com o seu atendimento para tratamento da TB?		
1 () Sim	2 () Não	3 () às vezes
Porque?: _____		99) () NS/NR
25. O(A) Sr(a) gostaria de fazer o tratamento da TB em outro lugar?		
1 () Sim. Qual? _____		
2 () Não		
3 () às vezes. Por que? _____		
99) () NS/NR		
26. Quanto tempo gasta para chegar ao serviço de saúde?		
a) () <30min	b) () 30 a 59min	c) () 1h a 1:29h
d) () 1:30h a 2h	e) () + 2h	99) () NS/NR
27. Necessita de transporte para ir ao serviço de saúde para fazer consulta/TDO?		
1 () Sim	2 () Não	3 () às vezes
99) () NS/NR		
29. Quanto tempo espera para ser atendido no serviço de saúde para realização do tratamento da TB:		
(a) () <30min	b) () 30 a 60min	c) () 1h a 1:30h
d) () 1:30h a 2h	e) () + 2h	99) () NS/NR
30. Os profissionais que o atendem para o tratamento da TB são sempre os mesmos?		
1 () Sim	2 () Não	3 () às vezes
99) () NS/NR		
31. Recebeu alguma visita ou ligação telefônica, do serviço de saúde referente à TB (como por exemplo, controle de comunicantes)?		
1 () Sim	2 () Não	3 () às vezes/algunas
99) () NS/NR		
32. Algum dia já ficou sem tomar o remédio para TB por falta de medicação?		
1 () Sim. Quantas vezes? _____	2 () Não	3 () às vezes/algunas
99) () NS/NR		
34. Formas de incentivo o tratamento:		
a) () Vale transporte	b) () Cesta básica	c) () Lanche/café da manhã
d) () Outros	Quais?: _____	
35. Se sim para a questão 34, recebe regularmente?		
a) () Sim	b) () Não	c) () às vezes/algunas
99) () NS/NR		
35. Dados Qualitativos (a entrevista deverá ser gravada)		
35.1. Conte o que ajudou o(a) Sr(a) no tratamento da TB.		
35.2. Conte o que atrapalhou o(a) Sr(a) no tratamento da TB.		
35.3. Sobre os benefícios que recebeu, e se o(a) Sr(a) não os tivesse? Teria condições de fazer o tratamento?		

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil**” coordenada pela Professora Maria Rita Bertolozzi, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O objetivo do estudo é avaliar como certas medidas de apoio ajudam na adesão ao tratamento da tuberculose. O estudo está sendo realizado em municípios da região nordeste e sudeste do Brasil.

Essa pesquisa visa contribuir com as ações de controle da tuberculose desenvolvida no SUS, bem como aumentar a visibilidade regional, nacional e internacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação dos serviços de atenção à tuberculose.

Solicitamos a sua colaboração para a realização de uma entrevista, que deve durar 30 minutos, e que pode ser realizada no serviço de saúde ou em sua casa, de acordo com a sua disponibilidade. Pedimos, também, sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Seu nome não será identificado e será sempre mantido em sigilo.

Sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer informações caso não se sentir confortável e pode desistir do estudo a qualquer momento, sem sofrer nenhum prejuízo em seu atendimento no serviço de saúde.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Pesquisador Responsável: Maria Rita Bertolozzi

Pesquisador participante: Giovanna Mariah Orlandi

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa.

Receberei uma via deste documento e uma via ficará com a pesquisadora responsável pelo projeto.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar ou enviar e-mail para a pesquisadora Maria Rita Bertolozzi.

Telefone: (11) 3061.7652.

Email: mrbertol@usp.br

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é um órgão que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. É responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa. Se você tiver dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - São Paulo/SP, ou pelo telefone: (11) 3061.7533. O horário de atendimento é de segunda à sexta das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE C – Frases temáticas segundo as categorias analíticas

Categoria 1: Os benefícios sociais no tratamento da TB

- 2.5: Paciente que não recebeu os incentivos atrelados ao tratamento diretamente observado considera que o recebimento desses incentivos ajudaria no tratamento
- 2.6: O recebimento do vale-transporte ajudaria no deslocamento para realização de exames fora da unidade de saúde
- 2.7: Os benefícios ajudam no tratamento e seria importante recebe-los.
- 3.6: O recebimento de incentivos relacionados ao tratamento gera sensação de “incomodo”.
- 4.5: O auxílio doença foi importante para a realização do tratamento da tuberculose durante o período de afastamento do trabalho.
- 5.18: A cesta básica é considerada como ajuda no sustento da família.
- 6.13: Sem o vale-transporte, não haveria como deslocar-se à unidade de saúde para a realização do tratamento diretamente observado.
- 7.7: Caso não recebesse incentivos sociais relacionados à doença, sabe que poderia contar com os familiares para não interromper o tratamento.
- 8.7: Considera-se que não precisa do recebimento dos incentivos sociais.
- 9.7: Sugere-se a existência de mais benefícios para pessoas em tratamento da doença e que se encontram em situação de vulnerabilidade como, por exemplo, lanches.
- 10.7: Acredita-se que sem os benefícios sociais, não teria realizado um “bom tratamento”.
- 10.8: Há demora, às vezes, no recebimento dos benefícios sócias.
- 11.5: O tratamento seria realizado mesmo sem o recebimento dos incentivos sociais.
- 12.6: O não recebimento dos incentivos sociais não impediria a realização do tratamento
- 13.10: Caso não houvesse o recebimento de incentivos sociais, teria como recorrer à ajuda de pessoas próximas.
- 14.4: O tratamento diretamente observado não seria realizado caso fosse necessário perder dias de trabalho.

- 16.8: A cesta básica incentiva a realização do tratamento.
- 16.10: A cesta básica motiva o seguimento do tratamento, mesmo para aqueles que não precisam dela.
- 17.4: O não recebimento da cesta básica não impediria a continuidade do tratamento.
- 19.4: A cesta básica não influencia no segmento do tratamento.
- 20.7: A cesta básica é um incentivo “bem-vindo” ao tratamento da doença.
- 21.8: A cesta básica é doada quando paciente possui boas condições socioeconômicas.
- 22.9: A cesta básica ajuda substancialmente o segmento do tratamento da tuberculose.
- 22.16: Devido aos bons benefícios oferecidos pelo trabalho, não houve motivação para insistir no processo do auxílio-doença.
- 23.10: A cesta básica foi importante durante o tratamento por aliviar o aumento do consumo de alimentos durante o tratamento da doença.
- 23.11: A cesta básica é um auxílio que “faz bastante diferença”.
- 24.4: O recebimento da cesta básica ajuda a diminuir os gastos familiares com a alimentação.
- 25.5: A cesta básica é significativa durante o tratamento.
- 25.7: Reclama-se do atendimento e insensibilidade pelos serviços do INSS.
- 26.3: A cesta básica fortalece o segmento do tratamento.
- 26.6: A ausência da cesta básica dificultaria o segmento do tratamento.
- 26.7: A cesta básica foi significativa em momentos em que não se podia trabalhar regularmente.
- 27.6: A cesta básica foi significativa durante o tratamento da doença.
- 27.8: A cesta básica aliviou os gastos com alimentação mantidos com a ajuda de familiares.
- 27.9: A cesta básica é considerada algo importante a ser mantido aos pacientes em tratamento da tuberculose.
- 28.4: A cesta básica alivia os gastos familiares com alimentação.

29.5: Pessoas em situação de rua não conseguem usufruir dos alimentos contidos na cesta básica por não terem onde cozinhá-los.

30.5: O recebimento do auxílio-doença ajuda no seguimento do tratamento, principalmente, por não se estar trabalhando

31.4: A cesta básica foi significativa para o tratamento da doença.

32.5: A cesta básica é considerada significativa em casos de paciente que não está trabalhando.

33.3: O tratamento seria realizado independentemente do recebimento da cesta básica.

33.4: A cesta básica motiva o seguimento do tratamento.

35.2: A cesta básica é um fortalecedor ao tratamento.

35.6: O vale-transporte é significativo na locomoção para o serviço especializado.

36.6: A cesta básica é significativa para o tratamento da tuberculose.

36.7: O benefício do Programa Bolsa Família é significativo para pessoa em situação de desemprego.

37.5: A cesta básica e o vale-transporte são fortalecedores ao tratamento.

37.6: Há o sentimento de orgulho por poder receber o auxílio-doença após anos de trabalho e contribuição com o INSS.

38.7: A demora pela finalização do processo para recebimento do auxílio-doença é algo inquietante às pessoas que o aguardam.

39.7: A cesta básica é significativa para o tratamento.

39.9: A cesta básica alivia os gastos familiares com a alimentação.

40.7: A cesta básica é um elemento importante no tratamento da doença.

40.9: A cesta básica alivia os gastos familiares com a alimentação.

44.1: A cesta básica e o vale-transporte ajudam no seguimento do tratamento.

41.6: A cesta básica é considerada uma ajuda mesmo para pacientes que iniciaram o tratamento e ainda não receberam o benefício.

41.7: A cesta básica traz tranquilidade em relação ao sustento da família.

42.5: A cesta básica dá “força” para o seguimento do tratamento quando há diminuição do trabalho devido a doença.

44.1: A cesta básica e o vale-transporte ajudam no seguimento do tratamento.

44.4: O vale-transporte permite que o paciente não tenha custos extras no deslocamento para realização de exames.

44.5: A cesta básica ameniza os gastos com a alimentação da família.

45.12: A cesta básica motiva o paciente a realizar o tratamento corretamente para não perder o benefício.

46.6: Há desconhecimento sobre o processo para recebimento do auxílio doença pelo INSS.

47.5: Paciente relata que não foi informado sobre o recebimento dos benefícios sociais, cesta básica e vale-transporte.

48.6: A cesta básica é um incentivo para a realização do tratamento.

48.7: A cesta básica ajuda a diminuir os gastos familiares quando o paciente não pode trabalhar.

49.6: A cesta básica incentiva o paciente a não abandonar o tratamento.

50.4: A cesta básica ajuda a amenizar os gastos familiares com alimentação.

50.10: A cesta básica foi uma “grande ajuda” para paciente que não exerce atividade laboral.

53.4: A cesta básica alivia os gastos familiares com alimentação.

54.2: A cesta básica ajudou no seguimento do tratamento.

54.5: A cesta básica é uma ajuda para pacientes que estão sem trabalho.

55.8: O recebimento de benefícios sociais (cesta básica e vale-transporte) e auxílio-doença é importante para famílias com baixa renda com emprego sazonal.

55.11: O vale-transporte auxilia no deslocamento para a realização diária do tratamento diretamente observado.

56.3: O vale-transporte é importante para o deslocamento até a unidade de saúde durante o tratamento diretamente observado

56.4: A cesta básica é vista como algo positivo no tratamento.

57.2: O recebimento da cesta básica ajuda na continuação do tratamento.

57.5: A cesta básica ajuda o paciente que não está exercendo atividade laboral.

Categoria 2: Fortalecedores da adesão

2.2: A alimentação é importante para o tratamento.

2.9: Valoriza-se o profissional médico pelo acompanhamento do tratamento.

3.1: Ter tranquilidade em relação à doença ajuda a permanecer no tratamento.

4.2: Fazer o “tratamento correto” melhora a saúde.

4.7: A realização do tratamento é relacionada diretamente ao recebimento regular do medicamento.

5.15: A pretensão de completar o tratamento e curar-se faz com o que o paciente se preocupe em “tomar o remédio” e não questionar sobre outros aspectos relacionados ao tratamento.

6.2: Ter uma doença de base, motivou a realização do tratamento “certinho”.

6.4: Recorre à unidade básica de saúde para sanar todas as dúvidas em relação a tudo sobre a doença.

6.6: Há uma relação de vínculo entre o paciente e os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem.

6.14: O bom relacionamento com a equipe de saúde fortaleceu a realização do tratamento.

6.16: A ajuda da equipe de saúde foi “muito importante”.

7.3: Ter procurado o serviço de saúde e ser “bem tratado” pelos profissionais são incentivadores para a realização do tratamento.

7.7: Caso não recebesse incentivos sociais relacionados à doença, sabe que poderia contar com os familiares para não interromper o tratamento.

8.1: O médico ajudou no seguimento do tratamento.

9.1: As orientações realizadas pelos profissionais de saúde ajudaram na realização do tratamento.

10.1: O acolhimento e disposição dos profissionais de saúde fortalecem a realização do tratamento.

- 12.8: O anseio por cuidar da saúde motiva a realização do tratamento da doença.
- 13.1: O acolhimento realizado pelos profissionais de saúde ajuda a fortalecer o tratamento.
- 13.4: Há o incentivo de pessoas próximas para que o tratamento seja realizado.
- 13.5: A assistências de médicos e enfermeiras da unidade de saúde são considerados excelentes.
- 13.7: Relaciona-se o não abuso de álcool com o bom seguimento do tratamento.
- 13.10: Caso não houvesse o recebimento de incentivos sociais, teria como recorrer à ajuda de pessoas próximas.
- 14.1: O medicamento ajuda no seguimento do tratamento.
- 16.1: O desaparecimento dos sintomas ajuda no seguimento do tratamento.
- 16.3: O acolhimento e o vínculo dos profissionais de saúde fortalecem o tratamento.
- 16.4: As orientações médicas ajudam substancialmente o seguimento do tratamento.
- 17.1: A medicação ajuda no seguimento do tratamento, pois faz com o que o paciente se sinta melhor.
- 19.1: O apoio da equipe de saúde é um fortalecedor para a continuidade do tratamento.
- 20.2: O início do tratamento resgata a disposição para realização do trabalho.
- 20.4: O tratamento é efetivo devido a percepção de melhora com o uso do medicamento.
- 22.5: O vínculo criado com a enfermeira foi um fortalecedor para a continuidade do tratamento.
- 23.1: O apoio realizado pela unidade de saúde fortalece a adesão ao tratamento.
- 23.2: As orientações recebidas na unidade de saúde tranquilizam o paciente que foi diagnosticado com tuberculose.
- 23.3: O apoio realizado por familiares fortalece a adesão ao tratamento.
- 23.5: O apoio das pessoas foi um facilitador para tratamento.
- 24.2: A recuperação da perda de peso é algo significativo durante o tratamento.

- 25.2: O aconselhamento realizado pela unidade de saúde é importante para o segmento do tratamento.
- 25.4: Há gratidão pelo tratamento recebido pela unidade de saúde.
- 25.9: Os profissionais de saúde são acolhedores.
- 26.1: A recuperação do peso perdido durante a doença é algo significativo para o tratamento.
- 26.2: A melhora dos sintomas ajuda no segmento do tratamento.
- 26.4: O acolhimento dos profissionais de saúde é algo significativo para o tratamento.
- 26.8: É significativo o tratamento sem preconceito realizado pela unidade de saúde.
- 27.4: O apoio dos familiares é significativo e fortalece o tratamento da tuberculose.
- 27.10: O Tratamento Diretamente Observado é considerado essencial para a continuidade do tratamento.
- 27.11: O acolhimento pelos profissionais de saúde é importante para o seguimento do tratamento.
- 28.1: O bom atendimento e o acolhimento dos profissionais de saúde é significativo para o tratamento.
- 29.2: O atendimento dos médicos da unidade de saúde é significativo para o tratamento.
- 30.2: O atendimento e a prontidão das enfermeiras ajudam no seguimento do tratamento.
- 31.2: O apoio da família fortalece o tratamento
- 32.2: O anseio pela melhora dos sintomas ajuda no seguimento do tratamento.
- 33.1: A melhora dos sintomas da doença motiva o seguimento do tratamento.
- 35.7: O tratamento da tuberculose é considerado excelente.
- 36.1: A melhora dos sintomas é significativa para o tratamento.
- 36.3: O anseio pela cura motiva o seguimento do tratamento.
- 37.1: A vontade em recuperar a saúde motiva o segmento do tratamento.
- 37.7: Os profissionais de saúde motivam a continuidade do tratamento.
- 38.2: O anseio pela cura é um motivador para a continuação do tratamento.

38.8: O tratamento da tuberculose é considerado bom.

39.1: O desejo pela melhora da saúde motiva a continuidade do tratamento.

39.6: Ser atendido rapidamente pelos profissionais de saúde é um facilitador ao tratamento.

40.1: O enfermeiro é um fortalecedor para o segmento do tratamento.

40.4: As orientações realizadas pelo enfermeiro são significativas para as pessoas em tratamento.

40.10: O atendimento na unidade de saúde é significativo.

41.3: As orientações realizadas pela unidade de saúde exerce papel fundamental na obtenção do êxito do seguimento do tratamento.

41.8: A atenção recebida da unidade de saúde é algo positivo durante o tratamento.

41.10: Acredita-se que o seguimento do tratamento depende da volição do paciente em querer tratar-se da doença.

42.2: O medo de que a doença não seja curada totalmente ou que fique “mais forte” motiva o seguimento do tratamento.

44.6: O tratamento pela unidade de saúde é considerado bom.

45.6: A acolhida pela unidade de saúde ajuda no seguimento do tratamento.

45.14: O tratamento realizado na unidade de saúde é considerado muito bom.

46.3: Ter familiares dependentes do paciente motiva a realização do tratamento.

46.8: A informação recebida dos profissionais de saúde a respeito da doença colabora para a compreensão da mesma.

47.3: O incentivo de familiares a procurar o serviço de saúde contribuiu para o início do tratamento.

47.7: Realizar o tratamento diretamente observado na unidade de saúde é considerado importante para o tratamento.

48.1: Ter familiares que dependem do paciente motiva a realização do tratamento.

48.2: O temor pela morte motiva o seguimento do tratamento.

48.3: Pensar na família motivam o tratamento.

49.1: A vontade em cuidar da saúde é considerada importante para a realização do tratamento.

49.3: A dedicação do profissional enfermeiro foi essencial para a realização do tratamento.

50.1: O desejo de melhorar a saúde motivou a continuação do tratamento.

50.2: O medo da morte motivou o seguimento do tratamento.

50.3: A força vinda da fé divina motivou a busca pela cura.

50.4: O acolhimento e o cuidado dos profissionais da unidade de saúde motivou o seguimento do tratamento.

50.5: Os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, médico e assistente social foram fundamentais no processo de cura da doença.

50.6: Morar próximo à unidade de saúde foi um facilitador no tratamento.

50.7: Tomar os medicamentos diariamente com precisão e acreditar na cura motivaram o seguimento do tratamento.

50.12: O zelo dos profissionais de saúde durante o tratamento é elogiado pelo paciente.

51.1: A percepção de que a saúde está melhorando com o tratamento motiva o seguimento do mesmo.

52.2: O desejo de cuidar da saúde motiva a continuação do tratamento.

53.1: A melhora dos sintomas, em especial a astenia, motivou o seguimento do tratamento.

54.3: A medicação é considerada importante para o seguimento do tratamento.

55.5: A ausência do estigma por parte de pessoas próximas, motivou o seguimento do tratamento.

56.1: A percepção da melhora dos sintomas com uso do medicamento motiva o seguimento do tratamento.

57.3: O atendimento na unidade de saúde é algo positivo ao tratamento.

Categoria 3: Barreiras para a adesão

2.4: Considera-se que nada atrapalha a realização do tratamento.

3.2: Nada atrapalha a realização do tratamento.

- 3.6: O recebimento de incentivos relacionados ao tratamento gera sensação de “incomodo”.
- 4.3: Nada atrapalhou a realização do tratamento da tuberculose.
- 4.6: Nada causaria a descontinuidade do tratamento.
- 5.3: Não há dificuldades na realização do tratamento autoadministrado.
- 5.4: O período de afastamento é considerado como obstáculo para a pessoa em tratamento.
- 5.6: A doença levou à necessidade de afastamento do trabalho.
- 5.20: Deseja-se melhor comunicação pelo profissional enfermeiro para o fornecimento de informações sobre a doença.
- 5.23: Há desconforto em relação à comentários dos profissionais em relação a doença na frente a outras pessoas na unidade de saúde.
- 5.28: A postura autoritária da enfermeira contribui para que o paciente clamasse pela melhor comunicação com os profissionais de saúde.
- 6.8: Nada impediu a realização do tratamento.
- 7.4: Nada atrapalhou a realização do tratamento.
- 8.2: Nada atrapalhou a realização do tratamento.
- 8.5: Houve a preferência de realizar o tratamento autoadministrado devido à distância da casa até a unidade de saúde.
- 8.8: Preferiu-se comparecer na unidade de saúde uma vez na semana para não prejudicar o trabalho.
- 11.4: Nada atrapalhou a realização do tratamento.
- 12.2: Ter que ir até a unidade de saúde para tomar a medicação “é muito ruim”.
- 12.5: Longos períodos de espera pela supervisão da tomada do medicamento atrapalham o segmento do tratamento e a realização das tarefas cotidianas, em especial das pessoas com filhos.
- 13.6: Nada atrapalhou a realização do tratamento.
- 16.5: Os efeitos colaterais provocados pela medicação causam desconforto no seguimento do tratamento.

- 17.2: A doença impede as atividades laborais devido aos sintomas de astenia e prostração.
- 18.2: Nada impediu o seguimento do tratamento da tuberculose.
- 19.2: O período de debilidade da doença atrapalha a realização das atividades laborais.
- 21.3: Nada impediu o seguimento do tratamento.
- 21.5: Há um despreparo da equipe médica para diagnóstico da tuberculose.
- 22.2: Os efeitos colaterais da medicação motivam a interrupção do tratamento.
- 22.6: Os efeitos colaterais da medicação prejudicaram o seguimento do tratamento e a realização das atividades laborais.
- 23.6: Não conseguir realizar as atividades domésticas foi um desgaste durante o tratamento
- 23.9: A medicação para tratamento da tuberculose é considerada “muito forte”.
- 24.3: Nada atrapalhou o segmento do tratamento.
- 25.3: Nada atrapalhou o segmento do tratamento.
- 26.5: Os sintomas da doença são considerados desgastes durante o tratamento.
- 26.9: O tamanho e a quantidade dos medicamentos na primeira fase dificultam o tratamento.
- 26.10: Os efeitos colaterais da medicação são incômodos.
- 27.5: Nada atrapalhou a continuidade do tratamento.
- 27.10: O Tratamento Diretamente Observado é considerado essencial para a continuidade do tratamento.
- 28.2: Nada atrapalhou o seguimento do tratamento.
- 29.3: Nada atrapalha o segmento do tratamento.
- 29.5: Pessoas em situação de rua não conseguem usufruir dos alimentos contidos na cesta básica por não terem onde cozinhá-los.
- 30.3: Nada atrapalhou no seguimento do tratamento.
- 31.3 Nada atrapalhou o segmento do tratamento.
- 32.3: Nada atrapalha o seguimento do tratamento.

32.4: As dores relacionadas aos sintomas da doença prejudicam a realização das atividades laborais.

32.6: Ir à unidade de saúde todos os dias para realizar o Tratamento Diretamente Observado é considerado desconfortável.

33.2: O Tratamento Diretamente Observado não é almejado por pessoas que possuem longas jornadas de trabalho.

35.3: Nada atrapalhou o seguimento do tratamento.

36.4: Nada atrapalha o segmento do tratamento.

37.2: Nada atrapalhou o segmento do tratamento.

38.3: Nada atrapalhou o segmento do tratamento.

39.4: Nada atrapalhou o segmento do tratamento.

39.10: Sugere-se maior agilidade e precisão para o diagnóstico da doença em ambientes hospitalares.

40.11: O atendimento hospitalar não é atencioso.

42.3: Os efeitos colaterais leves causam desconforto, mas não atrapalham o seguimento do tratamento.

45.9: Nada atrapalhou o seguimento do tratamento

46.4: Nada atrapalha o segmento do tratamento.

47.4: Nada atrapalhou a realização do tratamento.

48.4: Os efeitos colaterais causam desconforto durante o tratamento.

48.5: O tratamento diretamente observado diário atrapalha a rotina de cuidado do lar.

49.4: O despreparo dos médicos em diagnosticar a doença levou ao atraso no diagnóstico da tuberculose.

49.7: Sugere-se um melhor preparo dos profissionais em detectar a doença e solicitar o exame para diagnóstico mediante o relato de tosse.

50.2: Para pacientes bolivianos, o tempo despendido para a realização do tratamento diretamente observado prejudica a relação com o trabalho.

50.3: Há o medo de “incomodar” o chefe por estar como imigrante no país.

50.9: Os sintomas da doença, em especial a astenia, prejudicaram a realização das atividades cotidianas e de trabalho.

50.2: Para pacientes bolivianos, o tempo despendido para a realização do tratamento diretamente observado prejudica a relação com o trabalho.

50.3: Há o medo de “incomodar” o chefe por estar como imigrante no país.

52.3: Nada atrapalha a realização do tratamento.

53.2: Nada atrapalha o seguimento do tratamento.

54.4: Nada atrapalhou o seguimento do tratamento.

55.7: Os sintomas da doença, em especial a astenia, causam desconforto na realização das atividades diárias.

56.2: A realização diária do tratamento diretamente observado atrapalha o cotidiano do paciente.

57.4: Nada atrapalha o segmento do tratamento.

Categoria 4: Representações sobre o processo saúde-doença e tratamento

2.10: A melhora da doença relaciona-se diretamente à ingestão dos medicamentos.

4.4: Tomar a medicação “direitinho” é necessário para não atrapalhar o segmento do tratamento.

5.14: O emagrecimento excessivo é um sinal de notória importância às pessoas com tuberculose.

5.21: A falta de informações mais detalhadas sobre a doença desencadeia a curiosidade e a busca por elas por meio da internet.

5.26: O anseio pelo sigilo decorre do estigma das pessoas que desconhecem a doença.

6.1: O medo de morrer motivou a realização do tratamento.

6.3: Há o cuidado para não transmitir a doença para ninguém, em especial, aos familiares.

6.7: O medicamento causa desconforto estomacal.

6.11: Acredita que há o controle da doença para que não haja epidemias como antigamente.

- 10.5: A automedicação por meio da farmácia prejudicou o início do tratamento.
- 11.1: Os remédios para o tratamento da tuberculose ajudaram no tratamento.
- 12.1: O remédio ajuda a combater a doença.
- 13.8: Acredita-se que a doença pode levar à morte em casos de pessoas que abusam do álcool.
- 14.1: O medicamento ajuda no seguimento do tratamento.
- 16.2: Os sinais da tuberculose são prostração, astenia e emagrecimento.
- 16.5: Os efeitos colaterais provocados pela medicação causam desconforto no seguimento do tratamento.
- 16.6: Os efeitos colaterais da medicação na fase intensiva (por exemplo, pirose e náusea) desaparecem após os primeiros quinze dias.
- 17.2: A doença impede as atividades laborais devido aos sintomas de astenia e prostração.
- 18.1: O aparecimento de sinais para além da tosse, ajuda na identificação de TB extrapulmonar.
- 19.2: O período de debilidade da doença atrapalha a realização das atividades laborais.
- 20.4: O tratamento é efetivo devido a percepção de melhora com o uso do medicamento.
- 21.1: O início do tratamento melhora os sintomas da doença como, por exemplo, dor, falta de ar e prostração.
- 21.4: O processo para diagnóstico da doença é “complicado”.
- 21.9: É necessária maior divulgação sobre a tuberculose.
- 22.1: As medicações da fase de manutenção causam efeitos colaterais desconfortáveis como, por exemplo, epigastralgia.
- 22.6: Os efeitos colaterais da medicação prejudicaram o seguimento do tratamento e a realização das atividades laborais
- 22.8: A relação familiar é prejudicada devido aos sintomas da doença.
- 23.9: A medicação para tratamento da tuberculose é considerada “muito forte”.
- 24.2: A recuperação da perda de peso é algo significativo durante o tratamento.

- 26.1: A recuperação do peso perdido durante a doença é algo significativo para o tratamento.
- 26.5: Os sintomas da doença são considerados desgastes durante o tratamento.
- 26.9: O tamanho e a quantidade dos medicamentos na primeira fase dificultam o tratamento.
- 26.10: Os efeitos colaterais da medicação são incômodos.
- 32.4: As dores relacionadas aos sintomas da doença prejudicam a realização das atividades laborais.
- 36.2: A sintomatologia da doença prejudica o cotidiano das pessoas.
- 36.8: Pessoa em recidiva da tuberculose anseia por uma medicação que melhore os sintomas intermitentes da doença
- 40.3: O medo por transmitir a doença para a família motiva a continuidade do tratamento.
- 40.6: Há preconceito no ambiente de trabalho em relação à tuberculose.
- 41.1: Ser informado sobre a doença é importante para o tratamento.
- 41.2: Há o desconhecimento sobre a doença.
- 41.9: O recebimento do medicamento é considerado algo positivo no tratamento da tuberculose.
- 42.3: Os efeitos colaterais leves causam desconforto, mas não atrapalham o seguimento do tratamento.
- 45.3: A falta de informação sobre a doença causa atraso na busca pelo tratamento.
- 45.13: A transmissão de informações sobre a doença, tanto pela mídia quanto por profissionais de saúde, é considerada importante para o tratamento e compreensão da doença.
- 48.4: Os efeitos colaterais causam desconforto durante o tratamento.
- 48.8: Deseja-se maior divulgação da doença pela mídia.
- 48.9: Há o desconhecimento sobre a doença.
- 50.2: O medo da morte motivou o seguimento do tratamento.
- 50.8: O fornecimento gratuito da medicação é considerado fundamental para o tratamento e para o controle da doença.

50.9: Os sintomas da doença, em especial a astenia, prejudicaram a realização das atividades cotidianas e de trabalho.

50.11: Sugere-se aumentar a divulgação da tuberculose, em especial, em escolas, internet e lugares de difícil acesso à informação.

54.3: A medicação é considerada importante para o seguimento do tratamento.

55.1: Os medicamentos são considerados importantes para o tratamento.

55.5: A ausência do estigma por parte de pessoas próximas, motivou o seguimento do tratamento.

55.7: Os sintomas da doença, em especial a astenia, causam desconforto na realização das atividades diárias.

55.12: Considera-se o tratamento da doença “muito agressivo” devido aos efeitos colaterais da medicação, em especial, a epigastralgia.

58.12: Considera-se o tratamento da doença “muito agressivo” devido aos efeitos colaterais da medicação, em especial, a epigastralgia.

58.13: A epigastralgia, efeito adverso ao medicamento, impedia, muitas vezes, o paciente de se alimentar.

Anexos

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil

Pesquisador: MARIA RITA BERTOLOZZI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37254714.0.1001.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Secretaria de Vigilância em Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 952.223

Data da Relatoria: 09/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo aprovado em edital da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

O projeto apresenta revisão bibliográfica suficiente e atualizada sobre a problemática da tuberculose (TB) no Brasil e os desafios programáticos para o controle da doença na rede pública de saúde. A questão da adesão das pessoas ao tratamento e a adoção de medidas e incentivos que promovam o não abandono é destacada como um dos principais desafios para os profissionais e gestores da saúde.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório de abordagem quanti-qualitativo realizado em quatro municípios (São Paulo, Rio de Janeiro, Recife e Campina Grande), localizados nas regiões Sudeste e Nordeste. A população será constituída por 780 doentes com TB, diagnosticados no período de janeiro a dezembro de 2003 e 200 profissionais e gestores da saúde, totalizando 980 participantes. Define como critérios de inclusão: os doentes com TB com idade igual ou maior que 18 anos; residentes nos locais do estudo e que tenham capacidade de comunicação verbal e compreensão preservadas. Quanto aos profissionais e gestores, serão incluídos aqueles que atuam no controle da TB há pelo menos 6 meses. E como critérios de exclusão: os doentes com TB que, no período de coleta dos dados, estejam em reclusão no

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.405-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edpesq@usp.br

Continuação do Planoar: 952.223

sistema prisional. Para a coleta dos dados será utilizado um instrumento semi-estruturado, organizado em três partes, sendo a primeira aplicada aos gestores; a segunda aos profissionais da saúde e doentes com TB; e a terceira compreenderá a pesquisa em prontuários. Para a análise dos dados será adotado o conceito de vulnerabilidade (Ayres, 2006), o qual envolve as dimensões individual, programática e social. Para a avaliação da efetividade serão utilizadas as categorias da avaliação da qualidade de serviços de saúde (Estrutura, Processo e Resultado) propostas por Starfield (2002). Os dados qualitativos serão analisados segundo o referencial da Teoria do Processo Gerativo de Sentido (Minayo, 2002; Fiorin, 1989). As variáveis quantitativas serão organizadas no Excel 2003 e transferidas para o SPSS, submetidas à análise descritiva. Apresenta o cronograma de execução do projeto com término previsto para abril de 2016. O orçamento foi detalhado e perfaz um total de R\$ 198.296,00 financiados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Avaliar a efetividade das medidas de proteção social na melhoria dos indicadores programáticos para adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em municípios da região nordeste e sudeste do Brasil.

Objetivos específicos:

- 1- Caracterizar os pacientes em termos de condições pessoais, econômico-sociais e de saúde-doença;
- 2- Identificar os elementos de vulnerabilidade individual e social que podem interferir na adesão ao tratamento;
- 3- Identificar a associação entre adesão ao tratamento da tuberculose e os determinantes sociais de saúde;
- 4- Identificar as modalidades de incentivo socioeconômico proporcionado às pessoas com tuberculose nos municípios de São Paulo/SP, Campina Grande/PB, Recife/PE e Rio de Janeiro/RJ;
- 5- Caracterizar a utilização do benefício auxílio-doença da Previdência Social pelas pessoas em tratamento para tuberculose, apontando facilidades e dificuldades para tal;
- 6- Identificar potencialidades e as fragilidades desses benefícios no processo de adesão ao tratamento;
- 7- Identificar os elementos de vulnerabilidade programática que podem interferir na disponibilidade desses benefícios sociais às pessoas em tratamento da tuberculose, nas instâncias

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br

Continuação do Parecer: 952.223

federal, estadual e municipal;

8- Avaliar o impacto desses benefícios sociais nos indicadores programáticos de cura e abandono da tuberculose nos locais em estudo;

9- Apresentar proposta de aprimoramento das estratégias de proteção social visando o fortalecimento do processo de adesão ao tratamento da tuberculose.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta baixo risco aos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios poderá contribuir no aperfeiçoamento das políticas públicas e das práticas de saúde adotadas para a adesão ao tratamento e o controle da TB no Sistema Único de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado de forma adequada e contempla os aspectos éticos. O tema e objeto de investigação são relevantes para o campo da Saúde Coletiva e poderão contribuir para o alcance das metas definidas na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde.

A pesquisadora anexou os modelos de autorização que serão enviados às instituições para uso e coleta dos dados secundários.

Em atenção ao parecer anterior os instrumentos de coleta dos dados foram anexados ao projeto e o cronograma atualizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou mais dois TCLE, destinados aos profissionais da saúde e aos gestores da saúde, além do termo direcionado aos doentes com tuberculose. Incluiu nos TCLE que as entrevistas serão gravadas e terão duração aproximada de 30 minutos, além do CEP da EEUSP.

Os TCLE estão em consonância com a resolução 466/2012. Foram redigidos em linguagem adequada e em formato de convite aos participantes. Informam o objetivo do estudo; asseguram o anonimato e a liberdade de participação; o tempo estimado para realização da entrevista; a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento no serviço de saúde ou no exercício da atividade profissional; os contatos da pesquisadora e do CEP da EEUSP; e que serão assinados em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para os participantes.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br

Continuação do Parecer: 052.223

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa não apresenta óbices éticos que impeçam a sua realização. Consta no registro da Plataforma Brasil a seleção do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da Instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 11 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br

ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da efetividade das medidas de proteção social na adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em algumas regiões do Brasil

Pesquisador: MARIA RITA BERTOLOZZI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37254714.0.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Secretaria de Vigilância em Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 973.030

Data da Relatoria: 05/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com recorte transversal, de abordagem quantitativa.

A amostra do estudo compreenderá doentes com TB, residentes nas Cidades de São Paulo/SP, Rio de Janeiro/RJ, Recife/PE e Campina Grande/PB, diagnosticados no período de janeiro a dezembro de 2013. Será selecionado um profissional médico ou enfermeiro, de cada unidade de saúde que os doentes realizaram o tratamento e os gestores municipais da saúde, da vigilância epidemiológica, da vigilância em saúde, da atenção básica e do Programa de Controle da TB na esfera municipal, estadual e federal.

Crêterios de Inclusão: doentes com TB e com idade igual ou maior que 18 anos; residentes nos locais de estudo e que tenham capacidade de comunicação verbal e compreensão preservadas. Quanto aos profissionais de saúde e gestores, serão incluídos aqueles que atuam no controle da TB há pelo menos 6 meses.

Crêterios de Exclusão: doentes com TB que, no período da coleta de dados, estejam em reclusão no sistema prisional.

Para a coleta de dados será utilizado um instrumento semi-estruturado contendo três partes: a primeira parte será aplicada aos gestores (Secretário Municipal da Saúde, Coordenador da

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.225-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3307-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

Continuação do Anexo: 973.030

Vigilância Epidemiológica, Coordenador da Vigilância em Saúde, Coordenador da Atenção Básica e do Programa de Controle da TB na esfera municipal, estadual e federal).

A segunda parte será aplicada aos profissionais da saúde e doentes com TB.

A terceira parte compreenderá os dados secundários dos doentes com TB, para avaliar o impacto das medidas de proteção social nos indicadores programáticos de cura e abandono. Serão coletados das fichas de notificação, prontuário, fichas de acompanhamento do TDO e do sistema de Informação: TBWEB, na cidade de São Paulo e SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificações), em Recife e em Campina Grande. As variáveis e Categorias do Estudo referem-se:

- às características pessoais, econômico-sociais e de saúde-doença;
- aos determinantes sociais;
- às dimensões da Vulnerabilidade: Individual, Social e Programática (Incluindo os elementos de gestão do serviço relacionados às medidas de proteção social/benefícios concedidos aos doentes para a adesão ao tratamento).

A coleta será realizada no período de janeiro a abril de 2014. A análise dos dados compreenderá os resultados descritivos. Os dados serão avaliados considerando os valores das distribuições de frequências, valores médios, medianos e/ou modais, bem como medidas de dispersão das variáveis sócio-econômicas e obtenção dos indicadores epidemiológicos. Em todas as conclusões serão tomados nível de significância de 0,05%.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Avaliar a efetividade das medidas de proteção social na melhoria dos indicadores programáticos para adesão ao tratamento da tuberculose e controle da doença em municípios da região nordeste e sudeste do Brasil.

Específicos:

- Caracterizar os pacientes em termos de condições pessoais, econômico-sociais e de saúde-doença;
- Identificar os elementos de vulnerabilidade individual e social que podem interferir na adesão ao tratamento;
- Identificar a associação entre a adesão ao tratamento da tuberculose e os determinantes sociais de saúde;
- Identificar as modalidades de incentivo socioeconômico proporcionado às pessoas com tuberculose nos municípios de São Paulo/SP, Campina Grande/PB,

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3397-2484 E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 973.030

Recife/PE e Rio de Janeiro/RJ;

- Caracterizar a utilização do benefício auxílio-doença da Previdência social pelas pessoas em tratamento para tuberculose, apontando as facilidades e dificuldades para tal;
- Identificar as potencialidades e as fragilidades desses benefícios no processo de adesão ao tratamento;
- Identificar os elementos de vulnerabilidade programática que podem interferir na disponibilidade desses benefícios sociais às pessoas em tratamento da tuberculose, nas instâncias federal, estadual e municipal;
- Avaliar o impacto desses benefícios sociais nos indicadores programáticos de cura e abandono da tuberculose nos locais em estudo.
- Apresentar proposta de aprimoramento das estratégias de proteção social visando o fortalecimento do processo de adesão ao tratamento da tuberculose.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos relacionados a algum desconforto durante a entrevista para coleta dos dados. Benefícios: contribuir com as políticas públicas de saúde no que diz respeito a adesão ao tratamento da tuberculose, visando o controle da doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo de relevância. A pesquisadora tem doutorado e é professora na área de Saúde Coletiva, já tendo desenvolvido alguns trabalhos relacionados a tuberculose.

A metodologia descrita é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas Instituição proponente e coparticipante, foram apresentadas as autorizações das Instituições coparticipantes para realização da pesquisa.

Cronograma e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo da Secretaria de Vigilância à Saúde.

Há benefícios previstos na realização do estudo.

TCLE foi retificado.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2484 E-mail: smicp@gmail.com

Continuação do Parecer: 973.030

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Solicitamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à Instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 04 de Março de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 38 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2454 E-mail: smcep@gmail.com