



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO



TATIANA PIMENTEL DE ANDRADE BATISTA

SENTIDOS ASSOCIADOS À TUBERCULOSE POR IDOSOS E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

JOÃO PESSOA – PB

2017

TATIANA PIMENTEL DE ANDRADE BATISTA

**SENTIDOS ASSOCIADOS À TUBERCULOSE POR IDOSOS E PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem E Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lenilde Duarte de Sá

JOÃO PESSOA – PB

2017

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B333s Batista, Tatiana Pimentel de Andrade.

Sentidos associados à tuberculose por idosos e
profissionais de saúde / Tatiana Pimentel de Andrade
Batista. - João Pessoa, 2017.

69 f. : il.

Orientação: Lenilde Duarte de Sá.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Tuberculose - Representações sociais.
3. Tuberculose - Idosos. 4. Tuberculose - Profissionais
de saúde. I. Sá, Lenilde Duarte de. II. Título.

UFPB/BC

TATIANA PIMENTEL DE ANDRADE BATISTA

**SENTIDOS ASSOCIADOS À TUBERCULOSE POR IDOSOS E
PROFISSIONAISDE SAÚDE**

Dissertação apresentada e submetida à avaliação da banca examinadora como requisito para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba

Aprovada em: 27 / 04 / 2017.


Banca Examinadora

Profª. Drª. Lenilde Duarte de Sá - UFPB
Orientadora



Profª. Drª Antonia OliveiraSilva- UFPB
Membro Interno Titular

Profª. Drª. Profa. Dra. Clelia Albino Simpson- UFRN
Membro Externo Titular



Profª. Drª. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira- UFPB
Membro Interno suplente

Profª. Drª. Anne Jaquelyne Roque Barreto- UFPB
Membro Interno suplente

*Aos pacientes com tuberculose que
compartilharam suas trajetórias de dor e me
ensinaram o sentido do cuidar.*

AGRADECIMENTOS

Ao Pai celestial que permitiu minha caminhada firme e perseverante em busca do conhecimento.

A minha família que mais uma vez foi a minha bússola neste caminho percorrido. Obrigada, Glória Batista, Josias Batista e Josias Batista Filho por me ensinar o significado mais puro da palavra AMOR.

À minha amada Orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Lenilde Duarte de Sá (Tia Lelê), que tanto carinho e paciência me dispensaram nestes dois anos de construção do saber. Obrigada pelos ensinamentos do Magistério.

À querida Prof^ª.Dr^ª. Antonia Oliveira Silva que me adotou de braços abertos nesta reta final de trabalho. Obrigada pela paciência e calma quando em períodos de turbulência.

À minha grande e preciosa amiga Karoline de Lima Alves que em silêncio sempre fala aos nossos corações com Amor e Suavidade. Obrigada por se fazer presente com tanto entusiasmo e boa vontade.

Obrigada aos meus colegas e chefes de trabalho que tanto colaboraram com sua paciência nestes últimos dois anos. Obrigada à família do Hospital Municipal Santa Isabel; do Complexo Hospitalar Clementino Fraga; Centro Universitário de João Pessoa - Unipê

Aos meus amigos que aguentaram dias de mau-humor e estresse: AleudaNágila; Alenita Oliveira; Nilo Lima; Tiago Carvalho; Wladimir Nunes Pinheiro; Larissa Negromonte; Michele Rocha e Danile Ferreira

Aos colegas de turma de mestrado que permitiram que esta jornada se tornasse mais leve e prazerosa, em especial a minha querida Renata Ramalho.

Agradeço aos funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, juntamente com os docentes do programa e demais colaboradores.

RESUMO

BATISTA.Tatiana Pimentel de Andrade. Sentidos Associados à Tuberculose por Idosos e Profissionais de Saúde. 2017. 67f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

O adoecimento do humano causado pela Tuberculose é secular. A enfermidade vitimou e dizimou populações em todos os continentes deixando profundas marcas em virtude do seu impacto social. Destarte a importância de explorar as representações sociais sobre a tuberculose no olhar de idosos e profissionais que vivenciam a tuberculose, é de singular importância para se conhecer o que estes pensam sobre a doença. Neste sentido, este estudo tem os objetivos de identificar as representações sociais sobre tuberculose construídas por idosos e analisar as representações sociais da tuberculose por profissionais de saúde. Trata-se de um exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Realizado nas Unidades de Saúde da Família do Município de João Pessoa/Paraíba/Brasil, com 258 idosos e 248 profissionais de saúde. Adotou-se uma entrevista semiestruturada, contemplando na primeira parte a Associação Livre de Palavras, com o termo indutor: “*Tuberculose*” e na segunda parte, os dados sócio-demográficos. Os dados empíricos foram organizados em um banco de dados, em seguida processados com o auxílio do *software* I RaMuTeQ versão 0.7.alfa 2. Emergindo dois artigos. O primeiro artigo, com 258 idosos, no qual a maioria era do sexo feminino 70,5% (182), tinham faixa etária de 73,3% (189) tinham idade de 60 a 79 anos, 44,7% (115) eram casados, 40,3% (104) tinham acima de 8 anos de estudos. Emergiram três classes: Classe 3: descrições psicossociais da sintomatologia, com 86 (36,23%) seguimentos de texto, traz as representações construídas principalmente pelo grupo de idosos com escolaridade não definida; e Classe 1: descrições do tratamento e cuidado para tuberculose, foi formada por 110 (47,62%) segmentos de texto retidos, teve maior contribuição do grupo de idosos com idade superior a 80 anos; Classe 2: dimensões negativas da tuberculose, construída principalmente pelo grupo de idosos com escolaridade menor de 1 ano do ensino básico, com 35 seguimentos de texto, equivalente a 15,15% dos seguimentos retidos. O segundo artigo aponta que a maioria dos participantes foi do sexo feminino 85,9% (213), com idade de 31 a 59 anos, perfazendo 70,6% (175) dos sujeitos, enfermeiros 22,6% (56), com tempo de serviço com de 0 a 10 anos 69,8% (173). Emergindo três classes: classe 3, *Descrições da sintomatologia*, formada por 25,13% (50) seguimentos retidos, teve maior contribuição dos profissionais formados em odontologia, em suas evocações os profissionais correlacionam a Tuberculose as palavras, formada por 20,6% (41) Seguimentos de Texto retidos, os profissionais que mais contribuíram com as classes foram aqueles dos grupos de formação em fisioterapia, educação física, serviço social e nutrição. De acordo com a classe 2, *descrições sobre o tratamento da tuberculose*, constituída por 54,27% (108) seguimentos, formada principalmente pelo grupo de enfermeiros. Tendo em vista os sentidos atribuídos a tuberculose, os aspectos psicossociais, expressados reportam aos fatores psicológicos associados ao sofrimento. Sabe-se que os estigmas influenciam de forma negativa desde o diagnóstico como também a adesão ao tratamento, retardando ou impossibilitando a cura da doença. O profissional de saúde tem um papel importantíssimo, na elaboração de ações e estratégias envolvidas, assim como na busca de um tratamento digno, contribuir com a transformação do discurso estigmatizado. Por fim, sugere-se ainda, que as práticas de atenção sejam redirecionadas para a educação em saúde, considerando as singularidades dos profissionais e das diferentes realidades sociais.

Palavras Chave: Tuberculose; Idoso; Profissional de Saúde; Representações Sociais.

ABSTRACT

BATISTA.Tatiana Pimentel de Andrade. Sense Associated with Tuberculosis by Elderly and HeathProfessionals. 2017. 67f. Dissertation (Master in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2017.

The human sickness caused by Tuberculosis is secular. The disease has killed and decimated populations on all continents leaving deep marks because of their social impact. Hence the importance of exploring the social representations about tuberculosis in the eyes of the elderly and professionals who experience tuberculosis, it is of singular importance to know what they think about the disease. In this sense, this study aims to identify the social representations about tuberculosis constructed by the elderly and to analyze the social representations about tuberculosis by health professionals. It is an exploratory, with a qualitative approach, based on the Theory of Social Representations. Held at the Family Health Units of the Municipality of João Pessoa / Paraíba / Brazil, with 258 elderly and 248 health professionals. A semi-structured interview was adopted, contemplating in the first part the Free Association of Words, with the term inductor: "Tuberculosis" and in the second part, socio-demographic data. Empirical data were organized into a database, then processed using the software IRaMuTeQ version 0.7 alpha 2. Two articles emerged. The first article, with 258 elderly people, in which the majority were female, 70.5% (182), had an age group of 73.3% (189) were aged 60 to 79 years, 44.7% (115) Were married, 40.3% (104) had over 8 years of schooling. Three classes emerged: Class 3: psychosocial descriptions of symptomatology, with 86 (36.23%) text segments, brings the representations constructed mainly by the group of elderly people with undefined schooling; And Class 1: descriptions of treatment and care for tuberculosis, was formed by 110 (47.62%) retained text segments, had greater contribution of the group of elderly people over 80 years; Class 2: negative dimensions of tuberculosis, built mainly by the group of elderly people with education under 1 year of basic education, with 35 text segments, equivalent to 15.15% of the retained follow-up. The second article shows that the majority of the subjects were female, 85.9% (213), aged 31 to 59 years, making up 70.6% (175) of the subjects, nurses 22.6% (56), with Service with 0 to 10 years 69.8% (173). Three classes emerged: Class 3, Descriptions of the symptomatology, formed by 25,13% (50) retained follow-ups, had greater contribution of professionals trained in dentistry, in their evocations the professionals correlate the words Tuberculosis, formed by 20.6% 41) Retained Text Followers, the professionals who contributed most to the classes were those in the training groups in physical therapy, physical education, social work and nutrition. According to class 2, descriptions on the treatment of tuberculosis, constituted by 54.27% (108) follow-ups, formed mainly by the group of nurses. Considering the meanings attributed to tuberculosis, the psychosocial aspects, expressed refer to the psychological factors suffered by the sick population. It is known that the stigmas influence in a negative way from the diagnosis as well as the adherence to the treatment, delaying or preventing cure of the disease. The health professional plays a very important role in the elaboration of the actions and strategies involved, as well as in the search for a dignified treatment, to contribute to the transformation of stigmatized discourse. Finally, it is suggested that care practices be redirected to health education, considering the singularities of professionals and different social realities.

Keywords: Tuberculosis; Old man; Healthcare professional; Social Representations.

RESUMEN

BATISTA.Tatiana Pimentel de Andrade. Instrucciones al respectotuberculosis para personas mayores y profesionales de salud. 2017. 67f. Tesis (MaestríaenEnfermería) - Ciencias de laSalud de laUniversidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

La enfermedad humana causada por latuberculosis es secular. La enfermedadmató y laspoblaciones de todos los continentes dejando marcas profundas a causa de su impacto social diezmada. De ahí laimportancia de explorar lasrepresentacionessociales de latuberculosisen losojos de losancianos y losprofesionales que experimentanlatuberculosis, es de singular importancia para saber lo que piensan acerca de laenfermedad. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo identificar lasrepresentacionessociales de latuberculosisconstruido por losancianos y analizarlasrepresentacionessociales de latuberculosis por losprofesionales de lasalud. Eestudioexploratorio, con enfoque cualitativobasadoenlateoría de lasrepresentacionessociales. Celebrada en las unidades de salud de la ciudad de João Pessoa/Paraíba/Brasil, con 258 ancianos y 248 profesionales de lasalud. Adoptamos una entrevista semiestructurada, contemplando en la primera parte de la asociación libre de palabras con el término inductor "Tuberculosis" y la segunda parte, los datos sociodemográficos. Se organizaron los datos en una base de datos, entonces procesados con la ayuda de la versión de software IRaMuTeQ 0.7 alfa 2. Al salir de dos artículos. El primer artículo, con 258 personas de edad avanzada, en la que la mayoría eran mujeres 70,5% (182) tenían edades de 60 a 79 años de edad 73,3% (189), 44,7% (115) estaban casados, 40,3% (104) tenían más de 8 años de estudio. Reveló tres clases: Clase 3: descripciones de síntomas psicosociales, 86 (36,23%) de los segmentos de texto, traen representaciones construidas principalmente por el grupo de edad avanzada con la educación indefinido; y Clase 1: descripción de la atención y el tratamiento de latuberculosis, se compone de 110 (47,62%) segmentos de texto retenidos, tenía una mayor contribución del grupo de ancianos mayores de 80 años; Clase 2: dimensiones negativas de latuberculosis, construido principalmente con el grupo de ancianos menos educados de 1 año de la escuela primaria, con 35 segmentos de texto, equivalentes al 15,15% de los segmentos retenidos. El segundo artículo señala que la mayoría eran mujeres 85,9% (213), con edades entre 31-59 años, haciendo 70,6% (175) de los sujetos, las enfermeras 22,6% (56) con el tiempo de servicio con de 0 a 10 años, 69,8% (173). Emergentes tres clases: Clase 3, descripciones de los síntomas, que consta de 25,13% (50) retenido segmentos, tenía los profesionales de la odontología mayor contribución formados en sus profesionales evocación correlacionan palabras Tuberculosis, formada por 20,6% (41) Seguimiento de texto conserva los profesionales que contribuyeron a las clases eran los de la formación de grupos en fisioterapia, educación física, el trabajo social y la nutrición. De acuerdo a la clase 2, descripciones del tratamiento de latuberculosis consiste en (108) segmentos de 54,27% formadas principalmente por el grupo de enfermeras. A la vista de los significados atribuidos a latuberculosis, aspectos psicosociales, expresaron informe a factores psicológicos sufridos por la población enferma. Se sabe que los estigmas influyen negativamente desde el diagnóstico, así como la adherencia al tratamiento, prevenir o retrasar la cura. profesionales de la salud tienen un papel importante en el desarrollo de acciones y estrategias implicadas, así como en la búsqueda de un tratamiento decente, contribuir a la transformación de la palabra estigmatizada. Por último, se sugiere también que las prácticas de atención son redirigidos a la educación sanitaria, teniendo en cuenta las peculiaridades de los profesionales y las diferentes realidades sociales.

Palabras clave: Tuberculosis; personas de edad avanzada; Profesional de la salud; Las representaciones sociales

LISTRA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1:Divisão administrativo-territorial da rede de serviços de saúde - Município de João Pessoa/PB.....	31
---	----

Artigo 1

Figura 1:Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD)	40
--	----

Artigo 2

Figura 1:Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD)	50
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS—Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DNPS—Departamento Nacional de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PPGENF/UFPB - Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba

RIPRES - Rede Internacional de Pesquisadores em Representações Sociais e Saúde

RS - Representações Sociais

TALP – Técnica de Associação Livre de Palavras

TB– Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Teoria de Representações Sociais

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	15
2REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Dimensões Socio Históricas e de Saúde Sobre a Tuberculose.....	21
2.2 Representações Sociais no Contexto da Tuberculose.....	25
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	30
3.1 Tipo de Estudo.....	31
3.2 Local da Pesquisa.....	31
3.2 População e amostra.....	32
3.2.1 Aspectos Éticos do Estudo.....	32
3.2 Instrumentos para produção de dados.....	32
3.4 Análise dos Dados.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 Artigo 1 – Artigo Enviado para publicação: Representações Sociais da Tuberculose por Idosos.....>	36
4.2 Artigo 2 – Artigo deDefesa: Representações Sociais da Tuberculose por Profissionais de Saúde.	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	60
ANEXOS	
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo B - Instrumentos para Coleta de Dados	
Anexo C - Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa	

APRESENTAÇÃO



Ao longo do curso de graduação em medicina, encantei-me com a Clínica Médica e suas doenças sistêmicas, com a Saúde Coletiva, e com as Doenças Negligenciadas. Aprendi a amar o estudo das diferentes patologias aplicadas aos múltiplos atores e seus respectivos ciclos vitais: homens, mulheres, crianças, gestantes, idosos.

As minhas lentes de estudante sempre estiveram muito além da materialidade e cientificidade exata. A humanidade ecoou cedo em meu coração. Daí nasceu a necessidade de seguir carreira médica em uma área específica que congregasse todos estes itens; buscava uma pluralidade que conjugaria a medicina especializada com a medicina humanizada. Como interna de medicina consegui um mês de estágio obrigatório no Hospital Emílio Ribas, em São Paulo. Estava nos últimos acordes da graduação. Finalmente formei-me em medicina decidida pela especialidade: infectologia. A jornada apenas começara. Os pais assustados com as singularidades da minha opção, sempre incentivaram a seguir o meu coração.

Assim, ingressei no programa de residência médica de infectologia no ano de 2011. Ano em que o Emílio Ribas se conjuga a USP. Em meio aos vírus, fungos e bactérias, outros microrganismos que mais me instigaram curiosidade foram as microbactérias, causadoras da Tuberculose e Hanseníase. Estas habitavam maioria as populações vulneráveis da capital; podia até sentir que São Paulo era um cobertor deles, quando em cada grande avenida cruzava com meus pacientes, geralmente idosos, ou sofrido com a aparência antecipada da idade.

Os pacientes com Tuberculose eram os que mais faziam reverberar as angústias do meu âmago. Carregavam consigo uma sofrida história de vida aliada ao componente biológico de uma doença que consumia o corpo e por vezes propiciava uma “morte social”. Estereótipos, estigmas e mitos ainda se revelavam presentes e ocultos pelas frestas das habitações dos excluídos do nosso país. Um verdadeiro fenômeno silencioso de conveniência sócio visual, pois a velocidade da cidade esmagava essa população.

A tuberculose mimetiza, tantas doenças, acomete todos os órgãos e está presente na História da Medicina desde seus primórdios, refletida nas telas de cinema, nas pinacotecas mundiais, permanece entoadada em prosa e poesia... Um canto de lamento e solidão.

Ao longo dos meus 7 anos de formada, observei muitas vezes o medo e o rechaço destes pacientes por parte de profissionais de saúde: profissionais que tinham escolhido trabalhar com pessoas em situação de necessidade e que deveriam deter conhecimento sobre os riscos de aquisição de doença, para abolir preconceitos e não assustar os próprios pacientes com seus temores. Não compreendia.

Atualmente trabalho no hospital de referência para o tratamento das Doenças Infecciosas da Paraíba. Infelizmente ainda sou tomada de susto pelos elevados índices de

acometidos pelas doenças e principalmente pelo grande número de óbitos de uma doença curável, muitas vezes ocorrida em jovens. Ainda escuto histórias de segregação apesar de tantos avanços na ciência.

Em 2014 iniciei minha participação no Grupo de Estudos de Tuberculose na Paraíba, coordenado brilhantemente pela professora Lenilde Duarte de Sá. Neste ano iniciei minha participação no Laboratório de Cuidado e Integralidade em Saúde (LIS) e no Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa em Tuberculose da Paraíba (Grupo TB-PB) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf),

Dentro do grupo, tive a oportunidade de trabalhar em pesquisas, colaborar com as atividades de graduação junto aos alunos do Pibic e redimensionar o meu trabalho diário sob a óptica do cuidar em saúde até o ingresso, em 2015, no programa de mestrado onde pude aprofundar meus estudos sobre a tuberculose.

Após o ingresso no programa, novas perspectivas emergiram e neste momento fui apresentada à Teoria das Representações Sociais, estudada na UFPB pelo Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf), liderado pela professora Antonia Oliveira Silva.

O contato com a Teoria das Representações Sociais ressaltou a possibilidade de conjugar o conhecimento científico desse campo do saber, e desvelar os conteúdos impregnados nas mentes de idosos e profissionais de saúde em torno das suas representações sociais acerca da TB, que possam clarear ou mesmo responder a persistência e avanço da doença nos dias de hoje.

Diante do exposto, o presente estudo encontra-se estruturado da seguinte forma: **Construção do Objeto de Estudo**, aborda o tema, problemática, justificativa, questões de investigação e objetivos do estudo; **Abordagem Teórica**, que reflete sobre os aspectos conceituais e históricos da tuberculose aliados ao olhar da Teoria das Representações Sociais; **Abordagem Metodológica**, composta pela caracterização e tipo de pesquisa, campos da pesquisa, população e amostra, instrumentos e procedimento de coleta, análise dos dados e aspectos éticos; **Resultados e Discussão**, sendo apresentados a partir dos artigos originados da pesquisa, e as **Considerações Finais**, refletindo sobre os achados do estudo, bem como as contribuições nos âmbitos da saúde e da Enfermagem.

CONTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO



A doença causada pela Tuberculose (TB) é secular e ainda figura entre as doenças transmissíveis que carrega agravos considerados de grande ameaça e risco à saúde pública, associado à morbimortalidade da população. Essa realidade aponta insuficiência nos dispositivos tradicionais para o seu controle, seja na terapêutica ou mesmo no conhecimento epidemiológico da doença.

A Tuberculose é definida como uma doença infecciosa e transmissível, no qual é causado pelo bacilo aeróbico *Mycobacterium tuberculosis* ou por qualquer outro das demais espécies que pertencentes a este bacilo. Visto pois que essa espécie pode afetar diversos órgãos, um dos mais atingidos é o pulmão. Logo, a tuberculose pulmonar, por ter essa característica de mais frequente entre a população, é também a mais acentuada no que concerne à saúde pública¹.

Portanto historicamente, a TB provoca temor na população, e as explicações sobre a enfermidade vieram à tona apenas no século XIX. O paciente era estigmatizado por uma doença que o debilitava e o incapacitava, levando os doentes a recorrerem a tratamentos longos e sem perspectivas de cura, evoluindo para a morte².

Deste modo a tuberculose é uma doença conhecida há milênios e a despeito da evolução científica da medicina, permanece como um grande problema mundial de saúde pública, sendo importante causa de óbito dentre as doenças infectocontagiosas³.

No que concerne a apresentação da doença, ela pode manifesta-se em várias partes do corpo humano, os órgãos afetados podem ser: pulmões, laringe, ossos, meninges, cérebro, gânglios, rins e outras. Como discutida antes a forma pulmonar é a mais comum entre a população, devido a facilidade na transmissão da doença, que pode estar associada as condições de vida do contaminado. Por conseguinte a doença esteve constantemente associada a condições de pobreza, de exclusão social, de privação de liberdade, entre outros. Este fato torna o combate a TB prioridade em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Entretanto, não exclui-se o crescimento da doença em países desenvolvidos⁴.

Desde o início do século XXI, a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵ declarou a tuberculose em estado de emergência no mundo, por ser ainda uma das maiores causas de morte por infecções na população. Tendo em vista que as estimativas da OMS, apontam dois bilhões de pessoas infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, este fato corresponde a um terço da população mundial. Levando em consideração a população significa que 8 milhões poderão desenvolver a doença e 2 milhões morrerão a cada ano.

No contexto brasileiro, a infecção por tuberculose é avaliada ainda como um sério problema da saúde pública. Visto que a cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e que destes ocorrem 4,6 mil mortes por consequência da doença. No cenário mundial o Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Com o desenvolvimento das políticas públicas do país no ano de 2003, a tuberculose foi colocada na agenda de prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Nesse sentido o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) instituído em 2008, desenvolve ações que vão desde a Vigilância Epidemiológica, medidas de proteção, integração com a atenção básica, até a avaliação, acompanhamento e monitoramento. As diretrizes do programa estabelecem metas nas esferas federal, estadual e municipal. Ficando estabelecido para todas as unidades federadas: detecção de pelo menos 70% dos casos estimados, tratamento adequado de 100% dos casos diagnosticados, cura em 85% ou mais e manter o abandono em menos de 5%⁷.

Outra problemática não menos importante do que a crescente transmissão da doença, são os casos de abandono do tratamento⁴, porquanto ao abandonar este compromete a possibilidade de cura como também pode infectar mais pessoas, sendo este um dos fatores associados ao aumento da ineficácia dos esquemas, levando à resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos fármacos distribuídos pelo SUS.

Os fatores que levam o usuário do SUS a abandonar o tratamento são inúmeros, e estes estão relacionados aos aspectos biológicos, como a idade, sociais, econômicos, culturais, não apenas vivenciados pelos usuários como também pela família que acompanhar toda o percurso pelo mesmo até a cura, para tanto este deve ser considerado pelos profissionais de saúde, para obtenção de sucesso no tratamento⁸.

A idade avançada está associada ao crescimento dos casos novos de TB, tendo em vista que com o avançar da idade o organismo tem sua diminuição na funcionalidade, déficits imunitários, o declínio na resposta mediada pelas células T, alterações no clearance mucociliar e na função pulmonar decorrentes do processo natural de envelhecimento, fazendo com que os idosos sejam uma população vulnerável a contaminação pela tuberculose⁹.

Além disso, a literatura discute outro fator que influencia no controle da tuberculose, sendo este a vulnerabilidade pessoal e social, ligadas as questões socioeconômicas, ressaltando as condições de vida², como também as dificuldades dos profissionais em lidar com as situações encontradas, remetem assim ao preconceito, o que leva o usuário já negligenciado de uma assistência adequada, ter suas chances diminuídas no que concerne ao acesso ao tratamento.

Os profissionais de saúde em a incumbência de prestar uma assistência adequada a toda população independente das condições sociais ou pessoais. Portanto o conhecimento do profissional de saúde pode influenciar no diagnóstico e no tratamento. Deste modo ressalta-se os aspectos relacionados ao retardo no diagnóstico da TB, são aqueles inerentes ao sistema de saúde, como: dificuldade de acesso, acolhimento inadequado do doente e baixa prioridade na procura de sintomatologia respiratória¹⁰.

Diante dessa problemática encontrada na vida cotidiana da população, é importante investigar dimensões psicossociais capazes de apontar pistas sobre o que ocorre no comportamento dos idosos com tuberculose para se entender as práticas preventivas e a adesão ao tratamento como aspectos relevantes para minimização de tais problemas, como também dos profissionais que iram prestar assistência a população.

Para tanto considera-se como um aporte teórico adequado as Representações Sociais¹¹ enquanto formas de conhecimentos que são construídas e compartilhada em um grupo social, responsável por comportamento, práticas e a comunicação.

Estudar representações sociais da tuberculose na perspectiva do idoso e dos profissionais de saúde constituem refletir sobre um tema desafiador, visto pois que os profissionais lidam com o desafio diário e os atuais idosos que vivenciaram a doença desde os períodos de escassez de tratamento e foram atores ativos no processo histórico de evolução no diagnóstico e tratamento da doença.

As Representações Sociais (RS)¹² por sua característica multidimensional possibilita se investigar fenômenos relevantes tanto do ponto de vista psicológico quanto social envolvendo um saber prático à um sujeito. Enquanto um processo dinâmico, individual e progressivo, depende do contexto social, econômico e demográfico, no qual, os sujeitos estão inseridos, possibilitando apontarem pistas sobre seu entendimento da doença, traduzida pelo peso social desta, que por meio do seu engajamento sentem necessidade de falar sobre ela, atribuindo sentidos a mesma¹¹.

As representações sociais são definidas como formas de conhecimentos construídas e compartilhadas em um grupo social responsáveis pela comunicação, práticas e comportamentos dos integrantes desses grupos. Compreende um tipo de conhecimento particular do senso comum, construído socialmente¹².

Parte da premissa de que, a despeito dos avanços tecnológicos e quimioterápicos, para a cura da TB, em face das RS construídas por idosos e profissionais de saúde sobre esta, ao longo dos tempos, estejam influenciando negativamente à adoção comportamento frente à

doença capaz de interferir no tratamento e na prevenção da mesma, em particular, do ponto de vista da intervenção.

Desse modo, observa-se uma escassez de pesquisas que considerem as vulnerabilidades dos sujeitos adoecidos pela TBalgo que ultrapassa a dimensão individual, e alcança para além do “risco epidemiológico”, envolvendo assim não só a dimensão social do sujeito, mas atingindo o problema de forma multidimensional e a todos os atores envolvidos no cuidado¹³.

Este tema é de relevância acadêmica e social por explorar aspectos psicossociais de uma doença antiga capaz de definir comportamentos negativos que dimensionam a adoção de práticas não preventivas e vulneráveis, definindo assim, o **objeto de estudo** - *representações sociais sobre a tuberculose*, construídas por idosos e profissionais de saúde que vivenciam a TB como um conhecimento importante a ser considerado no manejo eficaz da doença. Portanto espera-se que tais representações constituem um recurso facilitador para reorientação de práticas cuidativas em saúde, visando subsidiar o planejamento de ações junto aos serviços de saúde com maior qualidade e ainda, colaborar com a políticas de saúde para pessoa idosa³.

Neste sentido, a problemática deste estudo centra-se no questionamento: Quais as representações sociais sobre a Tuberculose construídas por idosos e profissionais de saúde?

Para responder tal questionamento este estudo tem os **objetivos** de:

- Identificar as representações sociais sobre tuberculose construídas por idosos;
- Analisar as representações sociais da tuberculose construídas por profissionais de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO



2.1 DIMENSÕES SOCIO HISTÓRICAS E DE SAÚDE SOBRE A TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) no século XXI emerge como uma preocupação adicional para a população deste grupo, que é susceptível, mas, fica vulnerável, permanecendo encobertos pelo “silêncio” dos seus discursos, ou pelas múltiplas comorbidades próprias da idade. A TB é uma doença que tem maior prevalência entre indivíduos mais jovens, mas neles não se esgotam, e a população idosa convive no mesmo espaço social.

O termo tuberculose, historicamente, suscita temor no imaginário social dos círculos leigos e/ou científicos. As explicações sobre a enfermidade vieram à tona apenas no século XIX. O paciente era estigmatizado por uma doença que o debilitava e o incapacitava, levando os doentes a recorrerem a tratamentos paliativos, evoluindo para a morte física muitas vezes em consequência da morte social².

Sobre a historicidade da tuberculose ou tísica¹⁴, nome dado à doença, conhecida desde a antiguidade remonta, no período de 3.700 a 1000 a C, onde a doença já estava presente em múmias bem preservadas da 21ª dinastia do Egito, confirmada através de testes em esqueletos utilizando-se o radiocarbono, um isótopo radioativo natural do elemento Carbono 14.

Portanto, a literatura registra que por muito tempo na História da Medicina a principal causa da TB era atribuída à hereditariedade. O princípio Hipocrático que afirmava “um tísico, nasce de outro tísico” encontrou em dois médicos árabes dos séculos XIII e XIV a primeira contraposição, quando eles sustentaram, à época, o caráter contagioso da TB. Mais tarde, Girolamo Fracastoro (1478-1553), médico humanista, italiano atribuiu a micropartículas espalhadas no ar o modo de transmissão da TB¹⁵.

Nesse sentido, a enfermidade que teve seu auge entre os séculos XVIII e XIX permanece na mítica do imaginário coletivo como doença dos poetas, doença do romantismo, daqueles que viviam uma vida boemia e desregrada. As doenças pulmonares representavam as angustias sentimentais do ser humano e sua dificuldade em se expressar³.

Nesse contexto, o homem, angustiado com a tuberculose, buscou incessantemente a sua etiologia. A causa da doença fora associada ao adoecimento a partir de outros agravos “gripe mal curada”, “veio do cigarro”, a causas traumáticas, a hereditárias, sentimentais e até mesmo por meios de partículas e correntes aéreas¹⁶.

Assim sendo, o romantismo e a vida desregrada estavam associados historicamente à tuberculose. Pois a segregação dos “tísicos”, o isolamento dos doentes era desejado por todos, que os viam como ameaça e risco social. No final do século XIX, o adoecimento pela

TB deixa de ser sinal de genialidade e status, rompe os valores e convenções sociais da época e vai se tornar uma doença dos boêmios e de cortesãs, onde a partir de então se associa no imaginário social como doença típica das populações pobres e marginalizadas¹⁶⁻¹⁷.

Após a descoberta da etiologia da tuberculose e do seu tratamento, a doença perde a conotação romântica e passa a ser vinculada à uma doença contagiosa cuja aquisição perpassa um estilo de vida socialmente inaceitável³. Ainda hoje a TB é associada às más condições de vida, pouco acesso à saúde, atingindo majoritariamente populações marginalizadas.

Em 1882 quando Robert Koch descobriu o bacilo causador da Tuberculose a mesma deixa de ser associada a hereditariedade e passa a ser catalogada como doença infecciosa crônica¹⁸. Só em 1905 Robert Koch, recebeu o Prêmio Nobel de Medicina pela descoberta do “*Mycobacterium tuberculosis*” agente causador da Tuberculose. A data precisa da descrição do bacilo fora 24 de março de 1882, data esta consagrada como o Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose¹⁴.

O Bacilo de Koch ao ser descoberto era visto como aterrador, e as autoridades de saúde à época eram unânimes em prescrever as vantagens do ar marítimo. As pessoas com tuberculose que integravam a burguesia lotavam as estâncias balneárias, principalmente aquelas localizadas no Mediterrâneo. Os médicos sabiam que esse recurso tratava-se apenas de um paliativo, e não um simulacro de cura. Na Inglaterra, por volta do fim do século XVIII, e depois em outros países, as pessoas ricas adoecidas por TB dispunham de habitações arejadas, iluminadas, podiam ir para sanatórios com tratamento higienodietéticos e repouso¹⁸.

A primeira cidade sanatório onde havia equipes médicas que nada deixava ao acaso e dispensavam cuidados aos pacientes de TB era Arcachon, na França em 1880-1889¹⁹. O Sanatório era destinado a pacientes viáveis, ou seja com possibilidade de cura; logo, havia uma avaliação e estadiamento clínico da doença antes da internação. Nos sanatórios os pacientes submetiam-se a uma rígida disciplina higiênica, repouso, alimentação e vida ao ar livre, por vários anos. Em Davos, na Suíça o cotidiano da internação sanatorial foi registrado no livro “A montanha mágica” (1984) de Thomas Mann. No Brasil só com o advento dos quimioterápicos por volta da década de 1960, essa realidade foi superada¹⁸.

Para o referido autor, o entendimento da patologia como contagiosa associado à reorganização social foi trazida pela era industrial no início do século XX, e evidenciou que os maiores vulneráveis à doença eram são os grupos populacionais com piores condições socioeconômicas. O despertar do século XX, alavancado pela guinada da economia mundial, fez a TB extrapolar também a população que vivia desregrada na boemia, e desde então,

proclamou-se a apologia à saúde, e o corpo saudável, assegurando a continuidade do projeto liberal econômico atrelada a melhoria de vida¹⁷.

As pessoas pobres, vivendo em condições diametralmente opostas, ainda, submetidos a jornadas trabalhistas fatigantes, passaram a ser a população mais vulnerável e multiplicavam-se os casos entre seus familiares. O advento da industrialização e dos avanços científicos mudou o perfil epidemiológico da TB, deslocando a incidência maior da TB para as classes trabalhadoras. Condições de vida e trabalho passaram a se tornar fatores de risco da patologia que ganha no início do século XX um caráter social¹⁸.

O panorama da TB em nível mundial e brasileiro assusta o cenário epidemiológico global. A perpetuação e avanço da doença estão atrelados a sua íntima relação com os aspectos sociais da população. Nessa perspectiva a Tuberculose passa a ser uma preocupação emergente na área da saúde pública²⁰.

É fato que a TB é secularmente uma doença que atinge em sua maioria populações agravadas socioeconomicamente. A ineficácia de sistemas de saúde pública, as crises econômicas, a marginalização da população urbana e rural crescente e a piora nos programas de controle da TB são fatores que contribuem para o avanço da doença e sua incidência no Brasil¹⁸.

Desde a descoberta da Tuberculose até os dias atuais, muitos progressos foram obtidos. Entretanto, mais de um século após sua descoberta, a doença persiste insistindo em fazer vítimas. Dados da OMS mostram que em 2015, 6,1 milhões de novos casos de TB foram notificados, ratificando que são amplas as lacunas a serem preenchidas. Mesmo assim, entre os anos de 2000 e 2015 o tratamento da tuberculose conseguiu evitar 49 milhões de mortes⁵.

O aumento de casos de tuberculose somado ao elevado índice de abandono ao tratamento transforma a tuberculose em um grave problema de saúde pública, principalmente pela ocorrência de casos de multirresistência²¹. Em 1993 a OMS declarou a Tuberculose como uma emergência em saúde pública e desde então esforços tem sido realizado em busca de uma mudança neste cenário. A OMS²² iniciou programas com vistas na queda dos índices da doença com é o caso do programa mundial “Stop TB”.

O Plano global Stop TB, que tem como lema a transformação da luta contra a tuberculose em busca da eliminação da doença, aponta como um dos seus principais objetivos a proteção das populações vulneráveis, dos direitos humanos na prevenção, tratamento e controle da tuberculose²². Do ponto de vista epidemiológico o tratamento correto dos bacilíferos é a ação mais relevante para o controle da TB, entretanto nela não se esgota.

Fatores como precária organização dos serviços de saúde e más condições de vida da população contribuem significativamente para o aumento de casos da doença no Brasil¹⁶.

O advento da quimioterapia transformou o cenário inicial da TB, muito embora o preconceito ainda esteja presente na sociedade. Hoje, individualmente, o doente de TB compreende que não está condenado à morte, muito embora sua vida passe por transformações e limitações pessoais e profissionais, além de suscitar múltiplos sentimentos. No plano Individual e coletivo os acometidos de TB não precisam necessariamente, ser afetados por esses agravos sociais diante da modernidade farmacológica que se impõe¹⁶.

No Brasil há registros de Inácio de Loyola (1555) e Anchieta (1583), mencionando o adoecimento de índios brasileiros com tosse, febre, e escarro com sangue, quando da descrição da nova terra descoberta¹⁴. A Tuberculose aportou no Brasil colonial²², e desde essa época as populações menos favorecidas vêm sendo acometidas pela TB. Os poetas do século XIX eram vitimados pela doença que se difundia rapidamente passando a ser conhecida como “mal dos românticos”.

Apenas em 1906, o presidente Rodrigues Alves buscou medidas legais e orçamentárias no Congresso Nacional, para hospitalização dos indigentes tuberculosos; entretanto, até a metade do século XX no Brasil, a doença não era considerada uma emergência nacional, a despeito do pensamento das elites médicas, que já consideravam a necessidade e urgência de se enfrentar a TB¹⁸.

Em 1920, no Brasil, a TB passou a ser vista como ameaça social, e o Estado criou o Departamento Nacional de Saúde (DNPS). A inspetoria de Profilaxia da TB agiu com medidas enérgicas para conter o aumento de casos da doença. Os higienizadores da cidade de São Paulo apontaram a TB como fator de impacto na base capitalista recém-formada, e começa a segregação dos pobres do centro da cidade para as periferias. Uma política sanitária foi instituída, e uma polícia médica separava o corpus social, rotulando a população, e a pobreza anunciava o grau de contágio. Percebe-se que a RS da TB evoluiu conforme a lógica capitalista que preserva a saúde para manutenção do corpo de produção, tendo essa lógica, como pano de fundo a Revolução Industrial¹⁷.

A Liga Brasileira contra a TB usou propaganda maciça na imprensa, fez conferências de esclarecimento público sobre a cura da doença, além de despertar os municípios para encamparem a construção de sanatórios para os pacientes que podiam se curar, com alimentação e repouso adequados. A direção e execução do combate a TB até a década de 1920 estavam sob responsabilidade da Liga Brasileira contra a Tuberculose¹⁸. A criação de sanatórios foi uma das primeiras formas de tratamento da TB. Em 1900, intelectuais e

médicos fundaram a Liga Brasileira contra a TB. O modo de controle da doença, em princípio resumia-se a cuidados higienodietéticos, repouso no leito e isolamento do doente¹⁵.

Ainda, no início do século XX, no Rio de Janeiro, a classe trabalhadora era excessivamente explorada com 12h de trabalho diários, comia e dormia mal. O foco dos cuidados do Governo era a Febre amarela. O descaso com a TB reinava, pois o Estado só tinha olhos para o saneamento da cidade. As primeiras décadas desse século foram poucas as tentativas de se enfrentar a tuberculose no Brasil¹⁸.

Ao longo do século XX a população acometida pela TB, os familiares, e os profissionais de saúde cuidadores conheceram e contaram com mecanismos de cura da doença, mas permanecem ladeados pelo preconceito e estigma, que reverberam na condução e erradicação, impregnando-lhes as RS da doença.

A tuberculose no final do século XX passou a ser uma preocupação individual e coletiva de saúde pública, despertando a população para importância de se adotar um conjunto de ações para a redução da mortalidade por TB no Brasil²³. Entretanto, o Brasil permanece entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo, mesmo tendo sido um problema prioritário na agenda do Ministério da Saúde. Procurou-se implementar melhorias diagnósticas, capacitação de profissionais, busca de novos casos e tratamento²⁻³.

No Brasil, em 2015 foram detectados 67.790 novos casos da doença, sendo que 1.005 destes casos foram registrados no estado da Paraíba²⁴. Dentre os 181 municípios considerados prioritários para o controle da doença pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil, três encontram-se no território paraibano: a capital João Pessoa, Campina Grande e Patos. Mesmo assim, os indicadores da doença na Paraíba permanecem alarmantes. A proporção de coinfectados com TB-HIV, por exemplo, mais que dobrou entre os anos de 2003 e 2012²⁵.

No Brasil, após a terapêutica medicamentosa para a TB, pouco se investe em enfrentamentos sociais que venham a impactar na transformação do imaginário coletivo, que levem a reconfiguração histórica das RS da doença. As Arboviroses, de alcance multidimensional e indiscriminado, em franco avanço em nosso território, mais uma vez tiram a TB da ordem do dia no imaginário social, atropelando a erradicação efetiva da doença.

2.2 DA TUBERCULOSE ÀS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As Representações Sociais (RS) da tuberculose (TB) acompanharam a dinâmica social ao longo do tempo. Quando se constrói o pensamento em torno do doente como doente

contaminado por um bacilo, e, portanto constituindo-se um perigo social, tal RS remontava as antigas RS sobre os “tísicos” como pessoas doentes que estavam marcadas da morte e um perigo social². As RS sobre a TB, está associada ao temor que o a pessoa que vive apresenta de ser “visto” como tuberculose nos espaços sociais¹⁶.

A despeito do conhecimento, da epidemiologia, das formas de contatos, e tratamentos conhecidos, as RS da TB ainda estão afetadas pelo medo, estigma, e preconceito que circundam a doença podendo refletir na adesão dos pacientes ao tratamento²⁶. As RS dos da TB são em contextos permeados por mitos, tabus, preconceitos, isolamento social, sofrimento, imagem corporal, medo do contágio, dificuldade em realizar o tratamento, mortes e muitos temores, além da cura advinda dos tratamentos³.

O conhecimento acerca da tuberculose permeia as explicações dos doentes, que compreendem o estar acometido pela tuberculose quando contaminados por uma doença que “vem do ar” e é provocada pelo contato com outra pessoa acometida. Tal entendimento precede o contato do doente com os profissionais de saúde¹⁶.

No que concerne ao difícil acesso à educação formal pelos extratos menos favorecidos da população vêm sendo apontado como fator que associa o adoecimento por TB a essa população. Há um constructo representacional decorrente de mecanismos de familiarização da doença no conhecimento cotidiano em torno da tuberculose. Essa realidade é fruto da interação entre tabus, crenças de natureza simbólica e estigma, atrelados a pobreza e má distribuição de renda, raízes sociais da doença que permeiam o cotidiano. Esse cenário impacta na não adesão dos usuários e/ou familiares/contatantes³.

Nesse contexto durante a aura romântica que envolveu o século XIX levou a população a ter um encantamento pela TB. Os poemas de literários e artistas da época expressavam ideação de morte, advinda da rejeição do “mundo concreto”, ou desilusão com a vida social. Nesse cenário o aspirante a literato deveria ter como “passe” de aceitação da sua carreira, a estampa em seu corpo de sinais e sintomas da doença, representando o caráter nobre e genialidade do jovem artista. Exemplos de personalidades tísicas: Victor Hugo, Zola, Flaubert, Charles Dickens e Eça de Queiroz¹⁷.

Deste modo, metáforas e associações simbólicas que giram geralmente em torno da tuberculose podem agravar os pacientes não só afetando-lhes a autoestima como a sua percepção acerca do conceito que a sociedade tem de si. As RS da TB estão contaminadas tanto pelo medo e duvidas do imaginário social, quanto pelas certezas científicas que utilizam o modelo da etiopatogenia da doença, calcado no agente etiológico específico causador da doença, acrescido de elementos de transmissibilidade entre indivíduos, e fonte de infecção²⁶.

Cada pessoa, inclusive idosos e profissionais de saúde, carrega a sua RS em torno da TB, e estas podem impactar diretamente na cura, erradicação ou persistência da doença no mundo. É imprescindível ainda utilização de tecnologias leves para mediar a educação em saúde, intensificação de ações educativas, com foco principalmente no doente e familiares de forma efetiva; ainda, facilitar a identificação de sintomáticos respiratórios, o controle dos contatos, o vínculo com a comunidade, compreender para além dos aspectos epidemiológicos da doença, alcançando os aspectos biopsicossociais²¹.

Visto pois aTB não se esgota em um conjunto de sintomas ou um acontecimento individual, de amplitude social. Não é apenas uma entidade biológica, mas um fenômeno social que afeta o doente e a sociedade. A atenção humanizada fortalecida sinaliza a possível adesão ao tratamento e consequentemente o controle da TB²⁶. Para o referido autor, ter um diagnóstico de TB ainda hoje é agregar uma marca profunda na história individual do paciente. O isolamento social compulsório ou voluntário da pessoa, diante do estigma e preconceito da doença na sociedade, poderá perdurar para além da sua cura, transcendendo a esfera individual, e afetando o seu convívio social.

Para tanto, o isolamento e a depressão são produtos do rechaço social das pessoas com tuberculose, vítimas de preconceitos e estigma da doença. O doente com TB apresenta um sofrimento retroalimentado pela tristeza, solidão e depressão, ou ainda uma atitude de ostracismo social imposto pelo próprio doente, diante da sua realidade social³.

As marcas sociais da doença, o preconceito e o estigma persistem em rondar a vida dos acometidos pela Tuberculose em pleno século XXI; angústias e sofrimentos permeiam e desgastam as relações familiares, com muitos dos envolvidos no cuidado ainda desconhecendo o manejo e a dimensão da doença²⁷.

Assim sendo, existe considerável resistência dos usuários em procurar o serviço de saúde frente aos sinais e sintomas clássicos da TB. Ao receber o diagnóstico, eles recebem também uma “nova identidade”, transformando o seu status de saúde, e temem uma publicização dessa nova realidade. A partir daí enfrentará a convivência com o estigma e limitações, desqualificando-os perante familiares e comunidade. Esse novo contexto leva o portador do bacilo ao retardo no diagnóstico e tratamento da TB, a despeito do tratamento disponível e garantia de cura para o doente²⁸.

No cenário epidemiológico atual a adesão ao tratamento é fator preponderante para a interrupção do ciclo de transmissão da doença e aponta para a urgência na criação de estratégias de superação. Um portador de TB que interrompe o seu tratamento não coloca apenas a sua vida em risco, mas de toda a sociedade²⁹.

A conjunção de fatores, como precários conhecimentos pelos doentes e familiares sobre a TB, e o estigma circundante da doença deságua na baixa adesão dos portadores ao tratamento gerando entraves na prevenção e controle da TB. Está evidente que apenas o acesso ao diagnóstico e aos medicamentos não são suficientes para adesão efetiva²¹.

É importante destacar a não adesão ao tratamento da TB tem sido colocada como consequência do desconhecimento do prognóstico, das formas de contágio, posologia, e até mesmo, desconhecimento geral sobre a doença. Existe um risco maior de se interromper o tratamento no segundo mês, quando os sintomas cessam, podendo desestimular o portador a dar seguimento até a sua alta; ainda a tomada da medicação durante seis meses contínuos pode ser vista, por ele, como um reviver da doença contribuindo para a interrupção do tratamento²⁹.

A falta de informações claras e suficientes aos pacientes pode estar associada à ausência de vínculo com profissionais, e ainda ao medo dos profissionais com o contágio, em virtude das precárias condições de proteção pessoal e ambiental (biossegurança); esse constructo representa a razão do abandono ao tratamento, e ainda, a subsistência do paradigma do contágio e discriminação³⁰.

Portanto as informações precisas e estratégias de educação permanente são ferramentas para profissionais de saúde promoverem a reorientação das práticas de saúde em torno da TB, de forma a abortar estigmatização, e promover a ressocialização das pessoas acometidas pela doença. A despeito dos efeitos colaterais da terapia medicamentosa adotada, a confiança e o vínculo estabelecido entre profissional e doente, somados a qualidade técnica e humanização dos serviços são determinantes para a adesão de pacientes ao tratamento da TB, evitando-se ao abandono³.

Nesse sentido, o vínculo entre doentes e profissionais de saúde é o elo frágil na cadeia do cuidado. A dominação profissional não deve ocupar a relação, para que esse vínculo seja equilibrado e saudável. O vínculo estabelecido no cotidiano da assistência entre os profissionais e os doentes é o aspecto mais relevante do cuidado, sobrepondo-se a acessibilidade ao tratamento medicamentoso e a procedimentos técnicos profissionais, dispensados e garantidos, pelas políticas públicas aos doentes de TB²⁶.

A incidência crescente da TB somada ao considerável número de abandono ao tratamento é agravada pelo cuidado pouco humanizado aos doentes, erigindo a TB a categoria de sério problema de saúde pública⁵. A solidariedade e o compromisso social permeiam os cuidados devidos aos pacientes portadores de TB, para um enfrentamento conjunto da doença. Minimizar as angustias, as discriminações sociais, os preconceitos, divulgar à sociedade em

geral os conhecimentos científicos sobre o tratamento e a doença são essenciais. Conhecer a representação social dos pacientes que abandonam o tratamento pode levar os profissionais cuidadores a tomar decisões mais ajustadas, com práticas mais consistentes que venham a impactar o perfil epidemiológico da tuberculose³¹.

Articulação de serviços e profissionais, o compromisso de todos são aspectos transversais na gestão do cuidado, principalmente quando se lida com portadores de TB. O ato do cuidado passa a ser multidimensional, envolvendo a subjetividade dos sujeitos. O ser individual é impulsionado por um contexto social histórico e cultural, acrescido de forças impulsionadoras, comprometendo o seu estar no mundo, e influenciando o ser “andar a vida”. Logo, os grandes desafios a serem enfrentados pelos gestores e profissionais de saúde para que se rompa definitivamente o atraso no diagnóstico e o abandono do tratamento desses pacientes, serão a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a identificação precoce dos casos de TB, juntamente com estratégias de adesão dos portadores às condutas terapêuticas²⁰.

O processo saúde/doença é um dos componentes da vida dos sujeitos, e as RS poderá redefinir estratégias e fomentar novas construções, realidades, e teorias que venham, na prática, superar o arcaico modelo biomédico presente ainda nas instituições médicas. Não há como desagregar educação e saúde. Esse binômio tem amplitude individual, coletiva e social. Fomentar discussão nesses contextos com participação direta de usuários e profissionais contribui para a desmistificação e quebra de preconceitos no entorno de doenças como Tuberculose. A partilha de ações gera um discurso próprio capaz de inovar a linguagem e facilitar a compreensão do processo saúde-doença³².

PERCURSO METODOLÓGICO



3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, onde se priorizou as falas dos sujeitos para apreensão de dimensões simbólicas acerca da depressão na velhice, subsidiado na Teoria das Representações Sociais¹¹.

O presente estudo ainda se caracteriza como uma pesquisa de base de dados secundários, obtidos pelo projeto **“Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos Atendidos em Unidades de Saúde da Família - Etapa 2**, inserido na cooperação: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (EERP-USP) financiado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS-MS) e Capes.

3.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família, distribuídos em 5 (cinco) Distritos Sanitários de Saúde, do município de João Pessoa-Paraíba/Brasil. O referido Município tem uma população de 723.515 habitantes, distribuída em 20 bairros³³, divididos em cinco distritos sanitários, contando com 190 equipes de saúde da Família, distribuídas em 115 unidades nos bairros da capital paraibana. Esta pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família localizadas no Grotão e na Comunidade Maria de Nazaré, de abrangência do Distrito Sanitário II, no município de João Pessoa, Paraíba.

De acordo com os dados mais recentes do Censo 2010, a Paraíba ocupa o terceiro lugar no Brasil e, é o Estado com maior número de idosos no Nordeste, conforme ilustrado na figura 1.

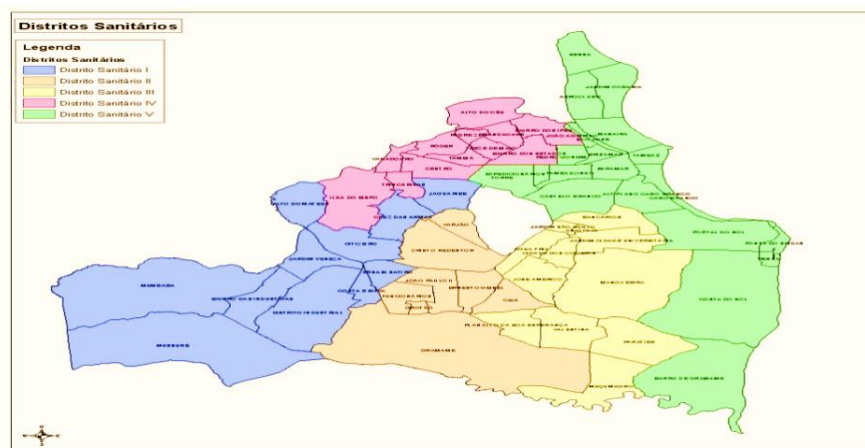


FIGURA 1 – Divisão administrativo-territorial da rede de serviços de saúde - Município de João Pessoa/PB

Fonte: Plano Municipal de Saúde - João Pessoa, 2009.

3.2 População e amostra

Participaram do estudo 258 idosos atendidos nas referidas Unidades, e 248 profissionais de saúde que trabalham nas referidas Unidades, de ambos os sexos, no município de João Pessoa, Paraíba.

A escolha dos participantes para amostra foi não probabilística, escolhidos por conveniência, conforme informações contempladas no projeto base deste estudo. Os participantes (idosos e profissionais de saúde) constituíram a base de dados secundários, coletados no período de abril a junho de 2011.

Para este estudo também se considerou os dados sociodemográficos para idosos e profissionais e específico para os idosos o desempenho cognitivo, tomando por base o cálculo para populações finitas, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%³⁴. No intuito de avaliar a preservação da capacidade cognitiva atestadas pelo Mini Exame do Estado Mental, este tem sido considerado como ponto de corte o escore final de 17 pontos para analfabetos, 22 pontos para escolaridade entre 1 e 4 anos, 24 pontos entre 5 e 8 anos e 26 pontos para 9 e mais anos de escolaridade, conforme sugerido por estudos de validação com a população brasileira³⁵.

Ainda considerou para os idosos os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser assistido pelas equipes das Unidades de Saúde da Família selecionadas; apresentar condições cognitivas preservadas para responder a entrevista. Para os profissionais de saúde trabalhar nas referidas Unidades; critério comum para idosos e profissionais de saúde foi expressarem ciência e concordância em participar da pesquisa.

3.2.1 Aspectos Éticos do Estudo

Todos os voluntários que participaram do estudo foram informados sobre os objetivos e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época. Esse estudo foi aprovado pelo CEP/HULW protocolo nº 261/09 e CAAE: 0182.0.126.000-09, conforme certidão em anexo (ANEXO C).

3.3 Instrumentos para produção de dados

Utilizou-se para este estudo uma base de dados secundária disponível no Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade (LASES), dos Programas de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

A coleta dos dados da referida base de dados ocorreu no período de abril a junho de 2011, realizada por pesquisadores previamente treinados, de duas Instituições: UFPB e EERP-USP, em uma investigação conjunta financiada pelo FNS-MS e Capes, nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Grotão I, II e III e a Comunidade Maria de Nazaré, inseridas no Distrito Sanitário II.

Por ocasião da coleta os pesquisadores solicitaram aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a listagem dos idosos cadastrados e respectivos endereços e os contatos dos profissionais de saúde para agendamento e agendamento dos entrevistados para informar a participação dos mesmos no estudo, apresentar os objetivos da pesquisa e garantir o sigilo e o anonimato de suas informações, caso o idoso e o profissional concordasse com a entrevista.

A coleta de dados ocorreu a partir de uma entrevista semiestruturada, em que a primeira parte contemplou o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP), com a palavra indutora: «Tuberculose»; na segunda parte, contemplou-se a aplicação do Mini Exame do Estado Mental e as variáveis sociodemográficas: idade, sexo e escolaridade para o idoso e, para os profissionais, acresciam as questões: categoria profissional e tempo de serviço. As entrevistas ocorreram em local reservado, conforme agendamento individual com duração média de vinte minutos para esse teste e por último, os dados socioeconômicos (ANEXO B) e para os idosos foi aplicada a avaliação funcional: Mini Exame do Estado Mental, para a avaliação cognitiva, para inclusão dos idosos no estudo.

3.1 Análise dos Dados

Os dados coletados, foram transcritos e organizados em um *corpus*, em seguida processado com o auxílio do *software* de Análise Textual IRaMuTeQ versão 0.7 alfa 2 (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permite a análise lexicográfica do material textual utilizando o vocabulário e segmentos de texto, em seguida, classifica-os e agrupa em classes semânticas, de acordo com o significado semântico das palavras. No concerne a este método, classifica os segmentos de texto (ST) em função de seus respectivos vocábulos, sendo o conjunto deles repartido com base na frequência das formas reduzidas (palavras lematizadas), sendo aproveitadas nos ST as que tiverem frequência maior que 3 e $\chi^2 > 3,84$ ($p < 0,005$)³⁶.

Os dados sociodemográficos extraídos foram registrados e organizados em formato de tabela com o auxílio do programa Microsoft Excel® versão Windows 2013, construído a partir das variáveis estabelecidas e considerando a estatística descritiva simples: frequência absoluta e percentual.

Desta pesquisa originaram-se dois artigos:

Artigo 1 – Artigo Enviado para publicação: Representações Sociais da Tuberculose por Idosos.

Artigo 2 – Artigo de Defesa: Representações Sociais da Tuberculose por Profissionais de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



4.1 Artigo 1 – Enviado para publicação no Journal of Applied Gerontology

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA TUBERCULOSE POR IDOSOS

RESUMO

Objetivo: Identificar as representações sociais sobre tuberculose construídas por idosos. **Método:** Estudo exploratório, qualitativo, realizado nas Unidades de Saúde da Família de João Pessoa/Paraíba/Brasil. Participaram 258 idosos, realizada no ano de 2011, por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras, com o termo indutor: Tuberculose. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 0182.0.126.000-09). **Resultados:** Emergiram três classes: Classe 1 descrições do tratamento e cuidado para tuberculose, 47,62% (110) segmentos de texto; Classe 2: dimensões negativas da tuberculose 15,15% (35) segmentos de texto; Classe 3: descrições psicossociais da sintomatologia, 36,23% (86) segmentos de texto. **Conclusão:** A tuberculose foi associada às questões socioeconômicas, pautada na pobreza e no preconceito. Esperamos que mais estudos sobre as representações sociais da tuberculose, contribua com o cuidado pleno à pessoa idosa.

Descritores: Tuberculose; Idoso; Psicologia Social.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença que permanece como um grande problema mundial de saúde pública, sendo ainda uma relevante causa de óbito dentre as doenças infectocontagiosas¹. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose em estado de emergência no mundo, por ainda ser uma das maiores causas de morte por infecções na população².

No contexto brasileiro, a cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e que destes ocorrem 4,6 mil mortes por consequência da doença³. No ano de 2014 os dados do Ministério da Saúde do Brasil apontaram 1.722 óbitos de idosos por tuberculose. Até o ano de 2015 foram registrados 11.756 idosos com tuberculose. No ano de 2016, dados divulgados de janeiro a junho, apontam incidência de 2.781 idosos infectados⁴.

A idade está associada ao crescimento dos casos de TB, tendo em vista que com o avançar da idade o organismo tem sua diminuição na funcionalidade, déficits imunitários, o

declínio na resposta mediada pelas células T, alterações no clearancemucociliar e na função pulmonar decorrentes do processo natural de envelhecimento, faz com que os idosos sejam vulneráveis a contaminação pela tuberculose⁵.

Contudo mesmo com o avanço da ciência, da formulação de novos fármacos, até mesmo a descoberta da cura, os mitos e estigmas sobre a doença, permeiam os discursos atuais, visto que esta problemática persiste no cotidiano das pessoas.

Neste sentido é importante investigar dimensões psicossociais capazes de apontar pistas sobre o que ocorre no comportamento dos idosos com tuberculose para se entender as práticas preventivas e a adesão ao tratamento como aspectos relevantes para minimização de tais problemas. Para tanto considera-se como um aporte teórico adequado as Representações Sociais enquanto formas de conhecimentos que são construídas e compartilhada em um grupo social, responsável por comportamento, práticas e a comunicação⁶.

Considerando esses aspectos, o objetivo deste estudo, identificar as representações sociais sobre tuberculose construídas por idosos. Espera-se que tais representações constituem um recurso facilitador para reorientação de práticas cuidativas em saúde, visando subsidiar o planejamento de ações junto aos serviços de saúde com maior qualidade e ainda, colaborar com a políticas de saúde para pessoa idosa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado a partir de dados secundários do banco de dados do projeto: Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos nas Unidades de Saúde da Família, financiado pelo Fundo Nacional de Saúde e pela Capes, aprovado pelo CEP/HULW protocolo nº 261/09 e CAAE: 0182.0.126.000-09.

Participaram deste estudo 258 idosos, usuários da atenção básica, com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, com capacidade cognitiva e mental preservadas. A população foi escolhida de forma aleatória e por conveniência, mediante aceitação em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram respeitados os princípios éticos que constam na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2011, a partir de uma entrevista semiestruturada dimensionada em duas partes: na primeira, utilizou-se a Técnica de Associação Livre de

Palavras (TALP), com o termo indutor: “*Tuberculose*”. Na segunda parte, abordou-se os dados sociodemográfico: idade, sexo, estado civil e escolaridade.

Os dados coletados, foram transcritos e organizados em um *corpus*, em seguida processado com o auxílio do *software* de Análise Textual IRaMuTeQ versão 0.7 alfa 2 (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permite a análise lexicográfica do material textual utilizando o vocabulário e segmentos de texto, em seguida, classifica-os e agrupa em classes semânticas, de acordo com o significado semântico das palavras. No concerne a este método, classifica os segmentos de texto (ST) em função de seus respectivos vocábulos, sendo o conjunto deles repartido com base na frequência das formas reduzidas (palavras lematizadas), considerou-se a partir das palavras que apresentaram frequência ≥ 3 e $\chi^2 \geq 3,84$, equivalendo a uma significância de 95% ($p < 0,005$), conforme os Segmentos de Texto (ST) e as relações entre as classes⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 258 idosos, 70,5% (182) eram do sexo feminino e 29,5% (76) do sexo masculino. No que concerne a faixa etária, 73,3% (189) tinham idade de 60 a 79 anos e 26,7% (69) acima de 80 anos. Em relação ao estado civil, 44,7% (115) eram casados, viúvos 33,2% (85), solteiros 14% (36), 8,1% (21) divorciados e 1,9% (5) separados, e apenas um idoso não informou seu estado civil. No que se refere a escolaridade dos idosos, a maioria entrevistada tem 40,3% (104) acima de 8 anos, sendo 29,8% (77) tem até 4 anos e outros 29,8% (77) entre 5 e 7 anos de estudos.

A tuberculose, nos dias atuais, é possui forte associação com condições sociais precárias e baixa escolaridade da população⁸. Os dados sócio-demográficos encontrados revelaram que a maioria dos idosos entrevistados constituiu o grupo do sexo feminino (70,5%), com faixa etária de 60 a 79 anos (73,3%), e baixa escolaridade. .

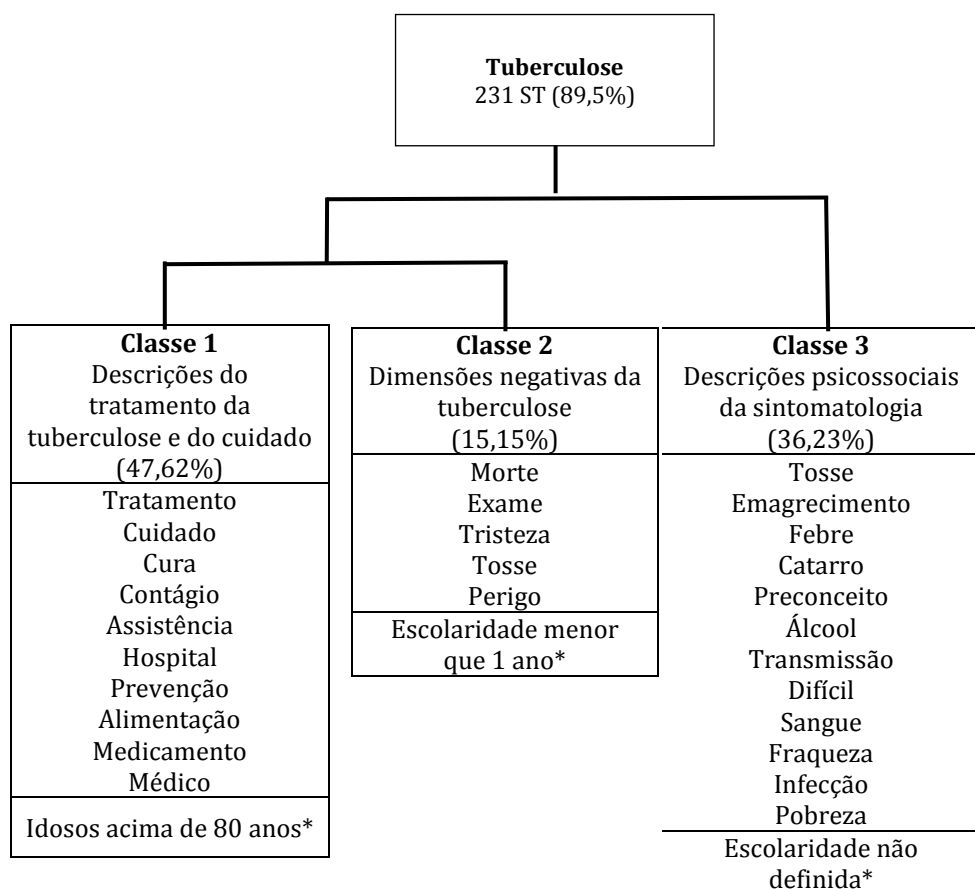
Tendo em vista que a maior parte dos casos notificados por tuberculose no Brasil ocorre em homens, tem-se que ponderar os resultados encontrados deste grupo de pacientes majoritariamente constituído por mulheres. Entretanto, o encontro de grande número de idosas entre as entrevistadas corroboram os dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística que ressaltam o envelhecimento populacional e a maior expectativa de vida das mulheres⁹.

No tocante ao estado civil, houve um predomínio de idosos casados 44,7%. Destes, 40,3% possuíam mais de 8 anos de escolaridade, ratificando os dados do Ministério da saúde que apontam a doença como tendo guarida nos bolsões de pobreza⁸. A partir deste dado, percebe-se a necessidade de fomentar estratégias educativas adequadas para a idade e escolaridade desta população para alcançar melhorias da assistência à saúde.

A análise do *corpus* textual, construído a partir das respostas obtidas com Técnica de Associação de Palavras (TALP), referente a tuberculose, resultaram em 188 formas, 1272 ocorrências, 165 formas ativas, com $\geq 3,56$ de frequências das formas ativas e frequência média de 4,93 palavras, definindo 231 segmentos analisados, distribuídas em 3 classes semânticas, com aproveitamento de 89,5% do corpus, apresentadas pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme os Segmentos de Texto e as relações entre as classes.

O *corpus* sofreu duas partições que deram origem a três classes. Na primeira partição, o corpus originou a Classe 3 que se manteve estável, gerando o primeiro eixo. Em seguida, o corpus sofreu nova partição desenvolvendo o segundo eixo, originando às Classes 1, de um lado, e Classe 2, de outro, quando não houve mais partições o conteúdo não mais se dividiu.

Portanto, emergiram três classes, que foram formadas a partir do seu conteúdo. Classe 1: descrições do tratamento e cuidado para tuberculose; Classe 2: dimensões negativas da tuberculose; e Classe 3: descrições psicossociais da sintomatologia. A figura 1 mostra o dendograma que representa a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme os Segmentos de Texto (ST) e as relações entre as classes.



Fonte: IRaMuTeQ, 2017. *Grupo que mais contribuiu com a formação da classe.

Classe 3 - descrições psicossociais da sintomatologia

Quanto a classe 3 denominada de descrições psicossociais da sintomatologia, com 36,23% (86) seguimentos de texto, traz as representações construídas principalmente pelo grupo de idosos com escolaridade não definida. Os conteúdos estão relacionados a sintomatologia e seu impacto psicossocial, evidenciado pelas palavras *Tosse*, *Emagrecimento*, *Febre*, *Catarro*, *Preconceito*, *Álcool*, *Transmissão*, *Difícil*, *Sangue*, *Fraqueza*, *Infecção* e *Pobreza*. Para esta classe, as pessoas que vivem com a tuberculose passam por situações de preconceitos associados aos sintomas acometidos pela doença.

Os termos evocados direcionam para uma trajetória longa e tortuosa sofrida pelo doente, este é evidenciado na sintomatologia característica da doença, como a *tosse* persistente com presença de *catarro*, apresentada pelo contaminado, além do *sangue*, algo bem

difundido pelas campanhas de prevenção, o *emagrecimento* já em nível avançado da doença, bem como a *febre* alta referida, todos estes são sinônimos de *infecção*, sempre associado ao que leva a *transmissão* de algo.

Referiram também ao *preconceito* sofrido por aqueles que apresentassem sintomas, bem como apontam a TB como doença da *pobreza*, visto que historicamente a dificuldade socioeconômica favorece a vulnerabilidade do ser humano, esta doença *difícil* apontada na fala dos idosos, está associada aos conflitos que envolvem a aceitação do diagnóstico, a percepção corporal do enfermo e a administração de medicamentos que podem propiciar efeitos colaterais¹⁰.

Os idosos associam o quadro clínico da doença aos aspectos sociais das populações vulneráveis. Neste aspecto, ocorre um resgate da memória coletiva da doença no período pós revolução industrial, quando houve a descoberta do bacilo de Koch como causador da Tuberculose e passível de ser transmitido nos indivíduos com piores condições de vida. Isto pode ser ressaltado quando encontramos as expressões sangue, febre, emagrecimento, pobreza, difícil e preconceito e sugere reflexão sobre o impacto social da doença¹¹.

No que concerne às descrições psicossociais da sintomatologia, encontrada, descarte as questões sociais como o preconceito e a pobreza relacionada à tuberculose, corroborando com os achados no estudo realizado com profissionais de saúde¹², no qual estes apontaram a determinação social como maior influenciador nos casos de tuberculose, e sua relação direta com a pobreza e exclusão social, estes podem ainda atrapalhar a adesão ao tratamento.

Classe 1 – Descrições do tratamento da tuberculose e do cuidado

A classe 1- *Descrições do tratamento da tuberculose e do cuidado*, formada por 47,62% (110) segmentos de texto retidos. Esta classe teve maior contribuição do grupo de idosos com idade superior a 80 anos. Estas palavras foram relacionadas ao *Tratamento*, *Cuidado*, *Cura*, *Contágio*, *Assistência*, *Hospital*, *Prevenção*, *Alimentação*, *Medicamento*, *Médico*.

As evocações estão relacionadas ao marcante *tratamento* e *cuidado*, uma vez que a continuidade deste é determinante para o alcance a *cura*, dificuldade para manter a terapêutica, os *medicamentos* prescritos, o longo período necessário para obtenção da alta definitiva e consequente risco de abandono por parte dos usuários, resultando na persistência da cadeia de transmissão da doença e emergência de outros complicadores no processo de busca da cura.

A existência da cura, por outro lado, é um bálsamo no contexto desta doença historicamente estigmatizada e que até primórdios do século XX não possuía tratamento definitivo. A possibilidade da existência da cura para a TB é um marco na promoção da saúde e que deve ser propagada com a população afim de modificar a percepção da doença, facilitando seu controle¹¹.

A necessidade de *hospitalização* no caso de um acompanhamento mais complexo, de ter o olhar do profissional *médico* até mesmo da equipe de saúde como um todo, é capaz de prover o usuário segurança nesse período de dificuldade. Ressalva-se também nas falas dos idosos a *prevenção* da doença para redirecionar favoravelmente o controle da tuberculose, deste modo as ações de prevenção no âmbito da TB assumem significativa posição. Confirmam a percepção que mesmo havendo tratamento para a tuberculose o caminho em busca da cura ainda é desafiador¹³.

A acessibilidade à saúde neste contexto compõe critérios físicos e emocionais que determinam ou não a adesão do doente a um tratamento longo e repleto de expectativas e incertezas. O acolhimento integral e o vínculo criado entre equipe e usuário, assim como a provisão das medicações de forma ininterrupta são os alicerces para o tratamento efetivo¹⁴.

A menção a contagiosidade da doença, encontrada ainda nesta primeira classe, evoca o sentimento de temor e afastamento. Entretanto, esta conotação negativa é em parte neutralizada pela existência tratamento e cura da patologia. Emerge daí o arcabouço da transição de uma mudança do paradigma. A população começa a se despir de parte do medo e do preconceito fomentados há séculos pela história da tuberculose, mesmo quando verificamos que esses termos foram evocados por idosos com mais de 80 anos que viveram décadas onde ainda não existiam tratamentos medicamentos e curativos para a doença.

A tuberculose encontra-se associada às condições socioeconômicas do portador, como encontrado na literatura, destacando a importância destas para a criação de ações pautadas na redução das desigualdades socioeconômicas e de programas adequados à realidade vivenciada pelos atores envolvidos no processo de cura¹³. Isto levaria à redução dos mitos e tabus que estigmatizam a doença e o consequente aumento na adesão ao tratamento e sucesso terapêutico.

Classe 2 - Dimensões negativas da tuberculose

No que concerne a classe dois, *dimensões negativas da tuberculose*, construída principalmente pelo grupo de idosos com escolaridade menor de 1 anos do ensino básico, com 15,15% (35) seguimentos de texto.

Para os idosos esta doença está associada a *morte*, como resultado da imagem da doença, antes incurável. Tais aspectos retratam uma doença do século XIX que ainda permanece latente na população idosa, visto que está viveu o despertar da descoberta do tratamento disponível e que ainda se encontram as memórias de um cotidiano marcado por perdas e lutos advindos da enfermidade.

Os dados deste estudo corroboram com um estudo sobre as representações sociais da tuberculose pulmonar, uma vez que neste a tuberculose foi associada a sentimentos negativos, onde as reduzidas mudanças de paradigma em relação à percepção da doença ressaltam a urgência em aprimorar as estratégias de educação em saúde, principalmente para a população que não teve acesso a estudo. Mesmo encontrando uma menor proporção de termos negativos, estes estiveram presentes em indivíduos com menos de um ano de escolaridade, o que ratifica a necessidade do acesso a informação¹.

A literatura aponta um crescimento nos casos que evoluíram a cura, em um estudo realizado no Espírito Santo - Brasil, onde implementaram o Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), observou-se uma diminuição nos casos de abandono e aumento na proporção de cura. Portanto este fato demonstra que com a criação de ações de educação em saúde e adaptação das políticas existentes são fundamentais no controle da doença¹⁵.

Para tanto, na literatura a tuberculose paulatinamente deixa de ser referida pelos doentes por sentimentos de culpa pela prática de comportamentos moralmente e socialmente reprováveis para a época ou como a concretização de um castigo divino. Na literatura¹ aponta que ao referir sobre a tuberculose como doença, ouve uma perspectiva positiva que principia uma mudança paradigma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou identificar as representações sociais dos idosos sobre a tuberculose, visto que os estereótipos da doença permanecem povoando o imaginário social, impactando nas suas medidas de controle, diagnóstico e tratamento. Os resultados revelaram que os conteúdos apreendidos acerca da tuberculose associam-se ao tratamento e no cuidado a pessoa com tuberculose.

O tratamento ofertado no Sistema Único de Saúde, por meio das políticas públicas e ações educativas em saúde, é fundamental e imprescindível para o controle da tuberculose, tendo em vista que a propagação do conhecimento sobre as formas de transmissão e a existência de tratamento, são fatores determinantes no que concerne à população idosa. Uma vez que a acessibilidade à informação, levando em consideração os estigmas sofridos pela população idosa, compõe critérios que determinam ou não a adesão do doente a um tratamento longo e repleto de expectativas e incertezas.

Portanto, a tuberculose também foi representada, pela população idosa, como algo associado as questões socioeconômicas da população, pois para estes a tuberculose trata-se de algo pautado nas dimensões sociais do homem.

Espera-se que esse estudo venha contribuir com o crescimento do conhecimento sobre a tuberculose, provocando ecos no campo da saúde pública, especialmente para a erradicação e controle da tuberculose em idosos, rompendo as barreiras do silêncio que encobre a doença nessa população.

REFERÊNCIAS

1. Santos WS, Sales ZN, Teixeira JRB, Moreira RM. Abordagem estrutural das representações sociais da tuberculose pulmonar. Rev enferm UFPE on line. 2013; 7(10): 5858-65.
2. World Health Organization. Relatório Mundial da Tuberculose. Geneva: World Health Organization, 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/SUS. Tuberculose. Brasília. [Internet]. 2015 [acesso em 20 Jan 17]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674
4. BRASIL. Datasus. SINAN. Notificações por causas externas. [Internet] 2016 [acesso em 15 10 2016] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/net.def>
5. Pratt RH, Winston CA, Kammerer JS, Armstrong LR. Tuberculosis in older adults in the United States, 1993-2008. J AmGeriatrSoc [Internet]. 2011 [acesso 20 Jul 16]; 59(5):851-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21517786>.
6. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012.
7. Ratinaud P. IRaMuTeq: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. 2009. Recuperado em 5 março, 2013, de <http://www.iramuteq.org>

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Censo 2010: Brasil. [base de dados na internet]. Brasil. 2011. [Acesso 15 06 2016]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/.../25072002pidoso.shtm
10. Souza SS, Silva DMGV, Meirelles BHS. Representações sociais sobre a tuberculose. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(1): 23-8.
11. Rodrigues ILA, Motta MCS, Ferreira MA. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(2): 172-8.
12. Oliveira LCS, Almeida Nogueira J, Sá LD, Palha PF, Silva CA, Villa TCS. A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2015; 17(1): 12-20.
13. Sá LD, Barrêto AJR, Nogueira JA, Cunha FTS, Palha PF, Villa TCS. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. *RevEscEnferm USP.* 2013; 47(5):1170-7.
14. Clementino FS, Miranda FAN. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010; 18(4): 584-90.
15. Garcia EM, Leal ML. Implementação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose em Maratáizes-ES, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2015; 24(3): 559-13.

3.2. Artigo 2 – Para Defesa

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A TUBERCULOSE

RESUMO

Objetivo deste estudo foi analisar as representações sociais da tuberculose construídas por profissionais de saúde. Compreende um estudo exploratório, qualitativo, realizado nas Unidades de Saúde da Família do Município de João Pessoa/Paraíba/Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com dados secundários de 248 profissionais de saúde. A amostra foi não probabilística, escolhidos por conveniência, conforme informações contempladas no projeto base deste estudo. Os dados foram coletados a partir de entrevista semiestruturada contemplada na primeira etapa: o Teste da Associação Livre de Palavras com a palavra indutora: «Tuberculose», e, na segunda, as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, categoria profissional e tempo de serviço. Os dados empíricos foram processados pelo *software* de Análise Textual IRaMuTeQ versão 0.7 alfa 2. Os resultados apontaram que 85,9% (213) dos participantes são mulheres com idade de 31 a 59 anos, 70,6% (175) enfermeiros 22,6% (56), com tempo de serviço com de 0 a 10 anos 69,8% (173). Emergiram do processamento dos dados três classes: classe 3, *descrições da sintomatologia*, formada por 25,13% dos seguimentos de Texto (ST), com maior contribuição dos odontólogos, formada por 20,6%. Observam-se que os profissionais que mais contribuíram para a formação das classes foram profissionais de fisioterapia, educação física, serviço social e nutrição. De acordo com a classe 2, *descrições sobre o tratamento da tuberculose*, constituída por 54,27% (108) ST's, formada principalmente pelo grupo de enfermeiros. Tendo em vista os sentidos atribuídos a tuberculose, os aspectos psicossociais, nas representações sociais dos profissionais reportam aos fatores psicológicos sofridos pela população adoecida. Os estigmas influenciam de forma negativa desde o diagnóstico como também o tratamento, retardando ou impossibilitando a cura da doença. O profissional de saúde tem um papel importantíssimo, na elaboração de ações e estratégias envolvidas, assim como na busca de um tratamento digno, contribuir com a transformação do discurso estigmatizado. Sugere-se que as práticas de atenção sejam redirecionadas em ações educativas para prevenção e saúde, considerando as singularidades dos profissionais e das diferentes realidades sociais.

Descritores: Tuberculose; Profissional de Saúde; Representações Sociais.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) doença infecto-contagiosa, que necessita de um diagnóstico rápido e preciso, visando um tratamento adequado, evitando consequências mais severas, além do aumento da transmissibilidade da doença¹.

No contexto brasileiro, um dos problemas de saúde pública avaliados é a tuberculose, visto que a cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e que destes ocorrem 4,6 mil mortes por consequência da doença. No cenário mundial o Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo².

Os grandes desafios a serem enfrentados pelos gestores e profissionais de saúde são os casos de abandono do tratamento que compromete a possibilidade de cura como também pode infectar mais pessoas, sendo este um dos fatores associados ao aumento da ineficácia dos esquemas³.

Os fatores que levam ao abandono do tratamento estão relacionados aos aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais, não apenas vivenciados pelos usuários como também pela família, para tanto estes fatores devem ser considerados pelos profissionais de saúde, para obtenção do sucesso no tratamento. Este fato pode estar associado à ausência de vínculo com profissionais⁴.

Diante dessa problemática encontrada na vida cotidiana da população, é importante investigar dimensões psicossociais capazes de apontar pistas sobre o que ocorre no comportamento dos idosos com tuberculose para se entender as práticas preventivas e a adesão ao tratamento como aspectos relevantes para minimização de tais problemas, como também dos profissionais que irão prestar assistência a população.

Para tanto considera-se como um aporte teórico adequado as Representações Sociais enquanto formas de conhecimentos que são construídas e compartilhada em um grupo social, responsável por comportamento, práticas e a comunicação⁵.

Desse modo, a TB algo que ultrapassa a dimensão individual, e alcança para além do “risco epidemiológico”, envolvendo assim não só a dimensão social do sujeito, mas atingindo o problema de forma multidimensional e a todos os atores envolvidos no cuidado⁶. Neste sentido, a problemática deste estudo centra-se no questionamento: Quais as representações sociais sobre a Tuberculose construídas por profissionais de saúde?

Considerando esses aspectos, o objetivo deste estudo foi analisar as representações sociais acerca da tuberculose por profissionais de saúde, buscando entender os maiores

entraves impostos pelos estigmas da doença e influenciam suas medidas de controle, diagnóstico tratamento, assim como o acolhimento do paciente.

MÉTODO

Compreende um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Município de João Pessoa/Paraíba/Brasil. Trata-se de um estudo com dados secundários de 248 profissionais de saúde do banco de dados do projeto: Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos nas Unidades de Saúde da Família, financiado pelo Fundo Nacional de Saúde e Capes, aprovado pelo CEP/HULW protocolo nº 261/09 e CAAE: 0182.0.126.000-09. Na coleta foram respeitados os princípios éticos que constam na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi adotado como critério de inclusão o profissional que atuam nas Unidades Básicas do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, de uma destas categorias profissionais: Enfermeiro, Odontólogo, Agente Comunitário de Saúde, Médico, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Assistente Social, Psicólogo, Farmacêutico, Educador Físico, Fonoaudiólogo, Agente de Saúde Bucal, Nutricionista e o Terapeuta Ocupacional. Ser de ambos os sexos, ter idade acima de 18 anos, escolhidos de forma aleatória e por conveniência que aceitaram participar do estudo, assinando o TCLE.

Como critério de exclusão, não participaram aqueles que estavam no período de férias, licença médica ou maternidade, não está atuando em uma Unidade Básica de Saúde, ter idade menor que 18 anos, não assinou o TCLE, ou se recusou a participar do estudo.

A escolha dos participantes para amostra foi não probabilística, escolhidos por conveniência, conforme informações contempladas no projeto base deste estudo. A coleta de dados ocorreu a partir de uma entrevista semiestruturada, em que a primeira parte contemplou o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP), com a palavra indutora: «Tuberculose»; na segunda parte, contemplou as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, categoria profissional e tempo de serviço. As entrevistas ocorreram em local reservado, conforme agendamento individual com duração média de vinte minutos para esse teste e porultimo, os dados socioeconômicos.

Os dados coletados, foram transcritos e organizados em um corpus, em seguida processado com o auxílio do software de Análise Textual IRaMuTeQ versão 0.7 alfa 2 (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permite a análise

lexicográfica do material textual utilizando o vocabulário e segmentos de texto, em seguida, classifica-os e agrupa em classes semânticas, de acordo com o significado semântico das palavras. No concerne a este método, classifica os segmentos de texto (ST) em função de seus respectivos vocábulos, sendo o conjunto deles repartido com base na frequência das formas reduzidas (palavras lematizadas), sendo aproveitadas nos ST as que tiverem frequência maior que 3 e $\chi^2 > 3,84$ ($p < 0,005$)⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação aos colaboradores do estudo a maioria é do sexo feminino 85,9% (213), com idade de 31 a 59 anos, perfazendo 70,6% (175) dos sujeitos, enfermeiros 22,6% (56), com tempo de serviço com de 0 a 10 anos 69,8% (173).

A atuação do profissional no controle da tuberculose é imprescindível, um estudo aponta que os profissionais que tinham mais tempo de atuação no serviço, proporcionaram ter um vínculo fortalecido⁸.

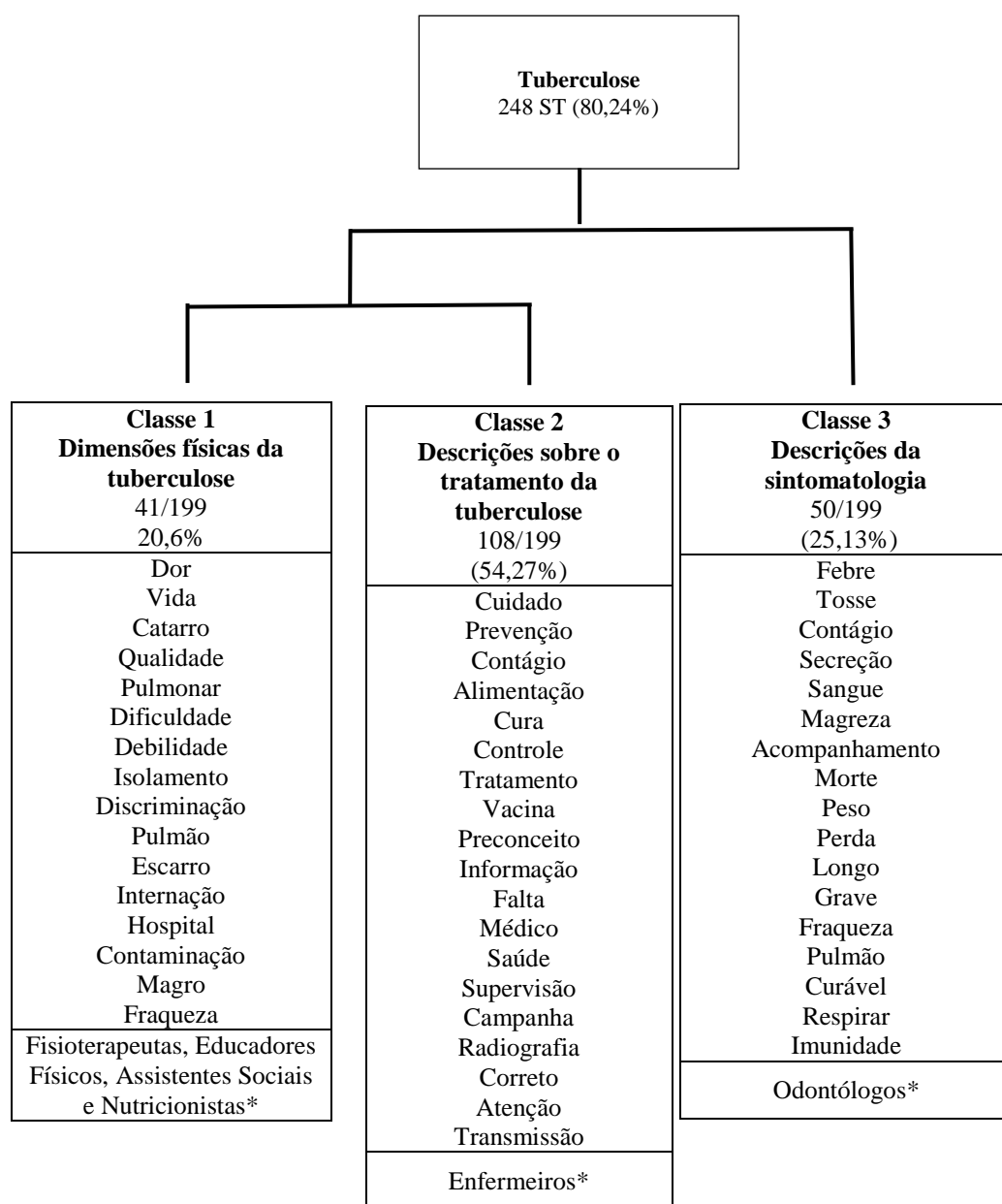
O vínculo entre doentes e profissionais de saúde pode ser o elo frágil na cadeia do cuidado. A dominação profissional não deve ocupar a relação, para que esse vínculo seja equilibrado e saudável. O vínculo estabelecido no cotidiano da assistência entre os profissionais e os doentes é o aspecto mais relevante do cuidado, sobrepondo-se a acessibilidade ao tratamento medicamentoso e a procedimentos técnicos profissionais, dispensados e garantidos, pelas políticas públicas aos doentes de TB⁹.

A leitura e tratamento das palavras evocadas dos profissionais possibilitou a análise do *corpus* textual, construído a partir das respostas obtidas com Técnica de Associação de Palavras (TALP), referente à tuberculose, resultaram em 248 seguimentos de texto, 336 formas, 1439 ocorrências, 292 formas ativas, com $\geq 3,85$ de frequências das formas ativas e frequência média de 5,80 palavras, definindo 199 segmentos analisados, distribuídas em 3 classes semânticas, com aproveitamento de 80,24% do *corpus*, apresentadas pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a partir das palavras que apresentaram frequência ≥ 3 e $\chi^2 \geq 3,84$, equivalendo a uma significância de 95% ($p < 0,005$), conforme os Segmentos de Texto (ST) e as relações entre as classes.

No que concerne as partições sofridas pelo *corpus* observa-se que no início ocorreram duas partições que deram origem a três classes. Inicialmente na primeira partição, o *corpus* originou a Classe 3 que se manteve estável, gerando o primeiro eixo. Em seguida, o *corpus*

sofreu nova partição desenvolvendo o segundo eixo, originando às Classes 1, de um lado, e Classe 2, de outro, quando não houve mais partições o conteúdo não mais se dividiu.

Destarte, as três classes formadas a partir do seu conteúdo. Classe 1: descrições do tratamento e cuidado para tuberculose; Classe 2: dimensões negativas da tuberculose; e Classe 3: descrições psicossociais da sintomatologia. A figura 1 mostra o dendograma que representa a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme os Segmentos de Texto (ST) e as relações entre as classes.



Classe 3 - Descrições da sintomatologia

A classe 3, *Descrições da sintomatologia*, formada por 25,13% (50) ST's retidos, teve maior contribuição dos profissionais formados em odontologia, em suas evocações os profissionais correlacionam a Tuberculose (Tb) as palavras, *febre, tosse, contágio, secreção, sangue, magreza, acompanhamento, morte, peso, perda, longo, grave, fraqueza, pulmão, curável, respirar e imunidade*.

A sintomatologia da doença é caracterizada nas falas dos profissionais de saúde, associadas aos episódios de *febre*, que o doente apresenta, realidade bem evidente vivenciada pelos profissionais nos hospitais, outra característica é a *tosse* persistente, com presença de *sangue* decorrente da doença, bem como na dificuldade respiratória e diminuição da imunidade.

O acompanhamento do profissional perdura o longo período de tratamento, tendo em vista que o risco ao abandono da terapêutica, somando assim para a gravidade da doença, a contaminação de outras pessoas, e o aumento a resistência da terapêutica, distanciando o usuário da *cura*³.

Os sintomas da tuberculose estão fortemente ligados a necessidade de identificação e diagnóstico da doença, por parte dos profissionais da saúde, considerando a importância de controlar e combater a TB, haja vista, que estes estejam capacitados para detectar os sinais e sintomas da doença, os aspectos físicos evidenciados pelos profissionais como a *magreza*, são bem característicos na evolução da doença, visto que os usuários tem a *imunidade* deprimida acompanhada da *perda* das suas funções *respiratórias*¹⁰.

A tuberculose pulmonar é mais evidente no cotidiano dos profissionais de saúde, definida como uma doença infecciosa e transmissível, pode afetar diversos órgãos, um dos mais atingidos é o *pulmão*. Logo, a tuberculose pulmonar, por ter essa característica de mais frequente entre a população, é também a mais acentuada no que concerne à saúde pública¹¹.

Classe 1 - Dimensões físicas da tuberculose

A classe 1, *Dimensões físicas da tuberculose*, formada por 20,6% (41) Seguintes de Texto (ST) retidos, os profissionais que mais contribuíram com as classes foram aqueles dos grupos de formação em fisioterapia, educação física, serviço social e nutrição. Estas evocações foram relacionadas a *dor, vida, catarro, qualidade, pulmonar, dificuldade,*

debilidade, isolamento, discriminação, pulmão, escarro, internação, hospital, contaminação, magro, fraqueza.

Considerando que a Tuberculose (TB) afeta diversas necessidades humanas, incluindo as de natureza psicossocial, é pertinente ressaltar que os aspectos sociais, estão presentes culturalmente na história da tuberculose, uma vez que por anos a TB vem sendo ressaltada como uma doença fonte de *discriminação* que causa não apenas danos físicos como afeta psicologicamente o doente e as pessoas em seu convívio, essa discriminação social, muitas vezes está ligada a *debilidade* físico do doente, pois, o contaminado apresenta sinais como *fraqueza* e *emagrecimento*, assim como o catarro volumoso, que causa em algumas pessoas o medo a *contaminação*, principalmente em profissionais que durante a *internação* do usuário o contato aumenta.

Entre as palavras evocadas, denota-se expressões negativas relacionadas a tuberculose, que remetem as questões sociais como o *isolamento* social, estes fatores causam não apenas a *dor* física como a psicológica evidente no sofrimento do doente e da família, a exclusão social é apontada como algo um fator que silencia o doente socialmente e afeta a *qualidade de vida* deste¹².

A partir dessa tessitura teórica, discute-se entraves impostos pelos estigmas da doença como pontos fundamentais, um estudo de representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento, corroboram com alguns achados nesta classe, o estudo apontou a relação do abandono do tratamento com a falta de apoio social, e com o sofrimento que a exclusão causa nos doentes¹³.

Os profissionais detêm uma aproximação com o paciente e com a família, fazendo com que estes tenham uma compreensão marcante sobre os aspectos psicossociais, outro estudo de representações sociais sobre a doença, os profissionais de enfermagem associam a tuberculose ao isolamento social, afirmam ainda que este transcende a esfera individual e estende-se ao coletivo¹⁴.

A TB não se esgota em um conjunto de sintomas ou um acontecimento individual, de amplitude social. Não é apenas uma entidade biológica, mas um fenômeno social que afeta o doente e a sociedade. A atenção humanizada fortalecida, sinaliza a possível adesão ao tratamento e conseqüentemente o controle da TB.

Ter um diagnóstico de TB ainda hoje é agregar uma marca profunda na história individual do paciente. O isolamento social compulsório ou voluntário da pessoa, diante do estigma e preconceito da doença na sociedade, poderá perdurar para além da sua cura, transcendendo a esfera individual, e afetando o seu convívio social⁹.

Classe 2 - Descrições sobre o tratamento da tuberculose

De acordo com a classe 2, *descrições sobre o tratamento da tuberculose*, constituída por 54,27%(108) ST's, formada principalmente pelo grupo de enfermeiros, expressaram as palavras: *cuidado, prevenção, contágio, alimentação, cura, controle, tratamento, vacina, preconceito, informação, falta, médico, saúde, supervisão, campanha, radiografia, correto, atenção, transmissão*.

Os profissionais representaram a tuberculose segundo as formas de *cuidado* prestado e do *tratamento*, oferecido na realidade deste, pois a *prevenção* da doença, no Sistema Único de Saúde é importante estratégia a *cura*, como por exemplo, as campanhas de *vacinação* e de incentivo para a continuidade do *tratamento correto*, a literatura prioriza a educação em saúde, ou seja a informação sobre as causas, tratamento e a cura da doença¹⁵.

Atribuídos sentidos positivos em relação ao controle e tratamento da tuberculose em diversos níveis de cuidado, a assistência deve ser planejada, supervisionada e avaliada por todos os profissionais, pois é primordial que estes estejam envolvidos nas ações e *supervisão* e atenção ao doente, procurando entender os maiores entraves impostos pelos estigmas da doença e influenciam suas medidas de controle¹⁶.

A cura da tuberculose é um ponto importante representado pelos colaboradores, tendo em vista que esta classe teve maior contribuição por parte dos colaboradores pertencentes ao grupo de enfermeiro, vale destacar um estudo realizado com profissionais de saúde, destacam a importância da prática da enfermagem na busca pela cura da TB. Compreendendo a correlação importante entre a população adoecida e o profissional de enfermagem, devido a aproximação do profissional em questão com a realidade do doente¹².

As capacitações e treinamentos dos profissionais são primordiais no cuidado e no controle, bem como na cura da TB, o treinamento pode auxiliar na compreensão da doença, visto que o conhecimento sobre as formas de diagnóstico, tratamento e formas de prevenção, podem cessar com os estigmas, e com a discriminação sobre a doença, entretanto não exclui a importância do autocuidado do portador de tuberculose, no qual este é peça chave no processo de tratamento e cura⁸.

É imprescindível ainda utilização de tecnologias leves para mediar a educação em saúde, intensificação de ações educativas, com foco principalmente no doente e familiares de forma efetiva; ainda, facilitar a identificação de sintomáticos respiratórios, o controle dos

contatos, o vínculo com a comunidade, compreender para além dos aspectos epidemiológicos da doença, alcançando os aspectos biopsicossociais¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou analisar as representações sociais acerca da tuberculose por profissionais de saúde, que influenciam suas medidas de controle, diagnóstico tratamento, assim como o acolhimento do paciente. Considerando os resultados, o conhecimento sobre a sintomatologia da tuberculose, é imprescindível o diagnóstico, o tratamento e a prevenção da doença, através da avaliação do profissional da saúde, destacando a relevância social e o impacto na saúde pública.

Tendo em vista os sentidos associados a tuberculose, os aspectos psicossociais, expressados nas evocações dos profissionais reportam aos fatores psicológicos sofridos pela população adoecida. Sabe-se que os estigmas influenciam de forma negativa desde o diagnóstico como também o tratamento, retardando ou impossibilitando a cura da doença. A assistência prestada ao doente deve ser bem planejada e pautada na realidade do indivíduo, respeitando seus aspectos biopsicossociais e suas necessidades.

O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro pelo contato direto e contínuo com o usuário, tem um papel importantíssimo, na elaboração de ações e estratégias envolvidas, assim como na busca de um tratamento digno, contribuir com a transformação do discurso estigmatizado, associado por diversas vezes como fator inerente a exclusão social, espera-se que este estudo venha colaborar com a ampliação do conhecimento sobre o que pensam os profissionais sobre a tuberculose.

Os sentidos associados a tuberculose pelos profissionais, estão relacionados ao tratamento, sintomas e aos fatores psicossociais da doença, práticas direcionadas a população adoecida, atenta aos aspectos que possam influenciar no controle da tuberculose. As limitações apresentadas pelo estudo, centra-se na necessidade de investigar uma amostra maior com profissionais não só da atenção básica como nas três esferas de atenção, levando em consideração a prática hospitalar. Sugere-se que as práticas de atenção à pessoa acometida por TB sejam redirecionadas para a educação em saúde, considerando as singularidades dos profissionais e das diferentes realidades sociais, na qual esta inserido.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro MS, De Paula Andrade RL, Monroe AA, Netto AR, Scatena LM, Villa TCS. Exames realizados para o diagnóstico de tuberculose pulmonar no município de Ribeirão Preto. Brasil/Tests performed for pulmonary tuberculosis diagnosis in Ribeirão Preto city, Brazil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 15, n. 2, p. 250-258, 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/SUS. Tuberculose. Brasília. [Internet]. 2015 [acesso em 20 Jan 17]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674
3. Lopes RH, Menezes RMPD, Costa TDD, Queiroz AARD, Cirino ID, Garcia MCDC. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014; 37(3): 661-671.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª ed. Brasília, 2010
5. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012.
6. Maffaccioli R, Hahn GV, Rossetto M, Almeida CPB, Manica ST, Paiva TS. A utilização da noção de vulnerabilidade na produção de conhecimento sobre tuberculose: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015 [acesso 17 dez 16]; 36: 247-253. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi983-4472015000500247&lng=en.
7. Ratinaud P. IRaMuTeq: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. 2009. Recuperado em 5 março, 2013, de <http://www.iramuteq.org>
8. Macedo SM, Silva Andrade RP, Andrade Souza CRB, Santos Andrade AS, Villa TCS, Pinto ÉSG. Estratégias para capacitação ao cuidado em tuberculose. *Cogitare enferm*. 2016; 21(3): 01-08.
9. Rodrigues ILA, Motta MCS, Ferreira MA. Social representations of nurses on tuberculosis. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016; 69(3): 498-503.
10. Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, Siqueira França FO. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Revista de Medicina*. 2014; 93(2): 83-89.
11. Silva ATP, Monteiro SG, Figueiredo PDMS. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose extra pulmonar atendidos em hospital da rede pública no estado do Maranhão. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*: São Paulo. 2011; 9(1): 11-4.

12. Souza KMJ, Sá LD, Assolini FEP, Queiroga RPF, Andrade Surniche C, Palha PF. Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido. *Revenferm UERJ*, Rio de Janeiro. 2015; 23(4):475-80.
13. Chirinos NEC, Hörner SBM, Barbará SAB, Falcon GS. Representações sociais do abandono do tratamento da tuberculose: estudo com profissionais da saúde. *Cuidado Y Salud/Kawsayninchis*. 2016; 2(1): 117-124.
14. Sousa LO, Mitano F, Lima MCRAA, Sicsú AN, Silva LMC, Palha PF. Short-course therapy for tuberculosis: a discourse analysis. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016;69(6):1089-98.
15. Sá LD, Barrêto AJR, Nogueira JA, Cunha FTS, Palha PF, Villa TCS. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. *RevEscEnferm USP*. 2013; 47(5):1170-7.
16. Mitano F, Sicsú AN, Oliveira Sousa L, Silva LMC, Palha PF. Discursos dos profissionais de saúde sobre ações de vigilância em saúde no controle da tuberculose. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017; 51: 03213.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Este estudo buscou identificar na contemporaneidade os múltiplos matizes das Representações Sociais sobre a TB construída por idosos, e, também, por profissionais de saúde que lidam diretamente com a doença na Atenção Primária do Município de João Pessoa, estado da Paraíba. Nesta perspectiva procurou entender os maiores entraves, impostos pelos estigmas da doença, visto que os estereótipos da TB permanecem povoando o imaginário social, influenciam e impactam nas suas medidas de controle, diagnóstico e tratamento, assim como no acolhimento do paciente.

A população formada por idosos hoje, fora nascida na primeira metade do século XX, e, conviveram com a TB em um contexto histórico cercado pelo estigma, preconceito e morte. Estes idosos também conviveram com os primeiros acordes sinalizadores da cura da doença, fizeram e fazem parte direta da sua historicidade. Nessa imbricação acosta-se o profissional de saúde, que passa a ter um papel importantíssimo, na sensibilização e adesão dos pacientes acometidos pela doença. Atuam diretamente com estratégias e ações, buscando eliminar a doença, seu fantasma, e transformar o discurso estigmatizador, associado por diversas vezes como fator nuclear da exclusão social.

Os resultados dessa pesquisa revelaram que os idosos estudados, em suas representações sociais, revelaram predominância de conteúdos pautados no tratamento da doença e no cuidado dispensado à pessoa com TB; seguidos de conteúdos referentes à descrição psicossocial da sintomatologia da doença, e por fim revelaram uma dimensão negativa da TB em seus conteúdos evocados. A tuberculose também foi representada, como algo associado às questões socioeconômicas da população, pela população idosa não acometida pela doença, pois para estes a tuberculose esta pautada na pobreza e no preconceito.

No tocante aos sentidos atribuídos a tuberculose pelos profissionais de saúde, este estudo verificou a predominância de representações sociais alicerçadas em descrições sobre o tratamento da TB, seguidas por evocações ligadas a conteúdos que remetem a descrição da sintomatologia da doença. Em ultimo lugar as representações sociais dos profissionais de saúde estavam pautadas na dimensão psicossocial da doença.

Na perspectiva do cuidado, o tratamento dispensado a pessoa com tuberculose é um dos eixos basilares da saúde pública. Sabe-se que o tratamento ofertado no Sistema Único de Saúde, por meio das políticas públicas e ações educativas em saúde, é fundamental. Ainda, que e a propagação do conhecimento sobre as formas de transmissão e a existência de tratamento, são fatores determinantes e imprescindíveis para o controle da doença.

Em se tratando da representação da TB pela pessoa idosa, que viveu e vive em dois séculos da história concomitantemente, com velocidade científica tecnológica e ladeada por diversidade socioeconômica e cultural, há de se considerar muito a necessidade de investimento em acessibilidade a informações para essa população, minimizando suas adversidades e viabilizando maior compreensão da doença e consequentemente adesão ao tratamento.

Incrementar as competências e habilidades dos profissionais de saúde com possibilidades de agregar novas metodologias fomentará o surgimento de uma comunicação mais humanizada, desses profissionais aproximando-os mais da realidade de cada paciente. Auxiliará na compreensão mais íntima da doença, potencializando uma maior aliança do paciente com o profissional. Acompanhar a dinâmica real da TB, com qualificações científicas recorrentes para estes profissionais, facilitará também o manejo clínico desses profissionais quando em suas ações.

Estas são algumas perspectivas que compõem critérios que determinam ou não a adesão do doente a um tratamento longo e repleto de expectativas e incertezas. Estão alicerçadas nos resultados desse estudo, que revelou as representações sociais de idosos e profissionais de saúde sobre a tuberculose.

Espera-se que este estudo venha colaborar com a ampliação do conhecimento sobre o que pensam os profissionais sobre a TB, tornando-os mais sensíveis, críticos e reflexivos com relação às práticas direcionadas a população adoecida, atentando aos múltiplos aspectos que possam influenciar no controle e erradicação da doença.

Em relação às limitações do estudo, apontam-se a disponibilidade dos idosos para a coleta de dados, como também a pouca literatura publicada sobre a temática.

Acreditamos que neste despertar de século esse estudo venha demonstrar a importância da Teoria das Representações Sociais se conjugar às ciências da saúde, provocando ecos no campo da saúde pública, especialmente para a erradicação e controle da tuberculose em idosos, rompendo as barreiras do silêncio que encobre a doença nessa população.

As limitações apresentadas pelo estudo, centra-se na necessidade de investigar uma amostra maior com profissionais não só da atenção básica como nas três esferas de atenção, levando em consideração a prática hospitalar. Sugere-se que as práticas de atenção à pessoa

acometida por TB sejam redirecionadas para a educação em saúde, considerando as singularidades dos profissionais e das diferentes realidades sociais, na qual esta inserido.

REFERÊNCIAS



1. Silva ATP, Monteiro SG, Figueiredo PDMS. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose extra pulmonar atendidos em hospital da rede pública no estado do Maranhão. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*: São Paulo. 2011; 9(1): 11-4.
2. Rodrigues ILA, Motta MCS, Ferreira MA. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2): 172-8.
3. Santos WS, Sales ZN, Teixeira JRB, Moreira RM. Abordagem estrutural das representações sociais da tuberculose pulmonar. *Revenferm UFPE online*. 2013; 7(10): 5858-65.
4. Lopes RH, Menezes RMPD, Costa TDD, Queiroz AARD, Cirino ID, Garcia MCDC. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014; 37(3): 661-671.
5. World Health Organization. Relatório Mundial da Tuberculose. Geneva: World Health Organization, 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/SUS. Tuberculose. Brasília. [Internet]. 2015 [acesso em 20 Jan 17]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª ed. Brasília, 2010.
9. Pratt RH, Winston CA, Kammerer JS, Armstrong LR. Tuberculosis in older adults in the United States, 1993-2008. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2011 [acesso 20 Jul 16]; 59(5): 851-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21517786>.
10. Oliveira AAV, Sá LD, Almeida Nogueira J, Andrade SLE, Palha PF, Villa TCS. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013; 47(1): 145-151.
11. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012.
12. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
13. Maffaccioli R, Hahn GV, Rossetto M, Almeida CPB, Manica ST, Paiva TS. A utilização da noção de vulnerabilidade na produção de conhecimento sobre tuberculose: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015 [acesso 17 dez 16]; 36: 247-253.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi983-4472015000500247&lng=em.

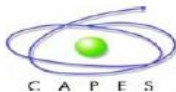
14. Lindner L. Da Cruz de Lorena ao catavento: análise sobre as representações simbólicas e iconográficas na luta contra a tuberculose. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(2):140-150.
15. Gill LA. O Mal do Século: Tuberculose, Tuberculosos e Políticas de Saúde em Pelotas (RS) 1890-1930. Ed. Pelotas, 2007.
16. Rodrigues ILA, Souza MJ. Representações sociais de clientes sobre a tuberculose: Desvendar para melhor cuidar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2005; 9(1):80-87.
17. Pinheiro SAG, Zanetti V, Papali MA. Representações Sociais da Tuberculose: Um breve estudo sobre a estância climática de São José Dos Campos/SP. *Contraponto: Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História do Brasil da UFPI*. 2015; 2(2): 1-10.
18. Nascimento DR. As pestes do Século XX: Tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
19. Le Goff J. As doenças têm história. 2º Ed. Lisboa: Terramar; 1997.
20. Jung BC, Gonzales RIC. Gestão do cuidado às pessoas com sintomas da tuberculose. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2016; 7(1):159-175.
21. Souza EP, Barbosa ECS, Rodrigues ILA, Nogueira LMV. Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev Cuid*. 2015; 6(2): 1094-102.
22. World Health Organization. Stop TB Partnership. The global plan to stop TB 2006-2015: actions for life: towards a world free of tuberculosis. Geneva: Stop TB Partnership; 2006.
23. Maciel MS, Mendes PD, Gomes AP, Batista RS. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo; 2012;10(3):226-30.
24. Brasil. Datasus. SINAN. Notificações por causas externas. [Internet] 2016 [acesso em 15 10 2016] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/net.def>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.
26. Rodrigues ILA, Motta MCS, Ferreira MA. Social representations of nurses on tuberculosis. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(3):498-503.
27. Silva Junior DN, Silva YR, Silva AKV, Lima FAQ, Nascimento EGC. Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para Tuberculose sob a ótica de usuários e familiares. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*. 2014; 12(2):676-694.

28. Sá LD, Barrêto AJR, Nogueira JA, Cunha FTS, Palha PF, Villa TCS. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. *RevEscEnferm USP*. 2013; 47(5):1170-7.
29. Andrade ET. Aspectos subjetivos do paciente ao diagnóstico de tuberculose e adesão terapêutica: Contribuição à educação médica [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro-Rj: Fundação Oswaldo Cruz-Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, 2014.
30. Chirinos NEC, Hörner SBM, Barbará SAB, Falcon GS. Representações sociais do abandono do tratamento da tuberculose: estudo com profissionais da saúde. *Cuidado Y Salud/Kawsayninchis*. 2016; 2(1): 117-124.
31. Chirinos NEC, Hörner SBM, Barbará SAB. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(esp): 207-14.
32. Teixeira EN, Ross BCF. Desafios para a Valorização das Representações Sociais e da Linguagem dos Sujeitos nas Atividades de Educação em Saúde. *Interagir: pensando a extensão*. 2007; 11: 37-44.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Censo 2010: Brasil. [base de dados na internet]. Brasil. 2011. [Acesso 15 06 2016]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/.../25072002pidoso.shtm
34. Jacques SMC. Bioestatística: princípios e aplicações. São Paulo: Editora Artmed, 2003.
35. Wachelke JFR. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações: exemplo de aplicação no estudo da representação social sobre Psicologia. *Reflexão e Crítica*. 2009; 22(1): 102-10.
36. Ratinaud P. IRaMuTeq: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. 2009. Recuperado em 5 março, 2013, de <http://www.iramuteq.org>

ANEXOS



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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre “SITUAÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”, financiada pelo Ministério da Saúde e o Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD/MS) em parceria do PPGENF/UFPB com a EERP/USP. É importante mencionar que não buscamos respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião sobre o assunto. Obrigado (a) pela sua participação como voluntário (a) em nossa pesquisa.

a) Objetivo e justificativa da pesquisa: O objetivo é compreender o que as pessoas pensam sobre os idosos na sociedade e o que pensam sobre essa etapa da vida.

b) Procedimentos: Realizaremos o teste de evocação livre de palavras seguida de uma entrevista. Posteriormente, faremos uma coleta dos dados de identificação e aplicação de questionários.

c) Acesso às informações: As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico. Os pesquisadores, o Comitê de Ética e Atividades reguladoras, terão acesso aos arquivos dos participantes, sem violar a confidencialidade. A pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo número 0598 e financiada pelo MS – 25000.174.897/2008-01. A assinatura desse consentimento formaliza a autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

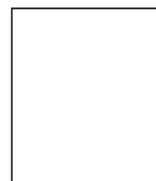
d) Termo de Consentimento: Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar do estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a professora Dr^a Antonia Oliveira Silva e demais pesquisadores vinculados ao PROCAD/MS a utilizar as informações obtidas através do que for falado e escrito com a finalidade de desenvolver trabalho científico. Autorizo a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar as respostas e os depoimentos. Concedo o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tendo a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa pesquisa. Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclarecesse conosco através dos telefones: (83) 321607109 – Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

João Pessoa, ____/____/____

CPF: _____

Assinatura do pesquisador

De acordo,



ANEXO B - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

1. Diga cinco palavras que vêm a sua cabeça quando digo a palavra: **Tuberculose**

Agora escolha a palavra que você considera mais importante.

SEXO: () M () F IDADE: _____

ESTADO CIVIL:

- () Solteiro
() Casado
() Viúvo
() União Estável
() Outros: _____

GRAU DE ESCOLARIDADE:

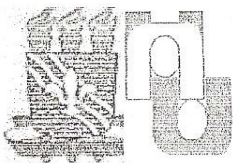
Quantos anos o Senhor(a) estudou: _____

- () Analfabeto
() Fundamental Incompleto
() Fundamental Completo
() Médio Incompleto
() Médio Completo
() Superior Incompleto
() Superior Completo
() Outros

Profissão: _____

Tempo de Serviço: _____

ANEXO C - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



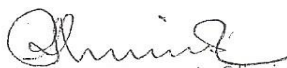
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/09/2009, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. Protocolo CEP/HULW nº 261/09, FR: 294027, da pesquisadora responsável profª Drª **ANTONIA OLIVEIRA SILVA**.

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 27 de abril de 2009.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cephulw@hotmail.com