

Acesso de pessoas com tuberculose pulmonar aos programas governamentais: percepções dos profissionais da Atenção Primária

Access of people with pulmonary tuberculosis to government programs: Primary Care professionals' perceptions

*Acceso de personas con tuberculosis pulmonar a programas gubernamentales:
percepciones de profesionales de Atención Primaria*

Hildegard Soares Barrozo de Lima^I

ORCID: 0000-0001-6833-4013

Vitória Regina Domingues Sodré^I

ORCID: 0000-0001-9346-3458

Cleide Aparecida Alves Souza^{II}

ORCID: 0000-0003-4079-5883

Mirian Domingos Cardoso^{III}

ORCID: 0000-0002-2256-8874

Christinne Cavalheiro Maymone Gonçalves^{IV}

ORCID: 0000-0001-6953-4965

Laura Maria Vidal Nogueira^V

ORCID: 0000-0003-0065-4509

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues^V

ORCID: 0000-0001-9968-9546

Erlon Gabriel Rego de Andrade^V

ORCID: 0000-0002-7109-6121

Alexandre Aguiar Pereira^V

ORCID: 0000-0003-0761-5836

Maria Catarina Salvador da Motta^I

ORCID: 0000-0002-3278-5645

Maria Helena do Nascimento Souza^I

ORCID: 0000-0003-2230-3048

Regina Célia Gollner Zeitouné^I

ORCID: 0000-0002-0276-8166

Ethel Leonor Noia Maciel^V

ORCID: 0000-0003-4826-3355

^I Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^{III} Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

^{IV} Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

^V Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Como citar este artigo:

Lima HSB, Sodré VRD, Souza CAA, Cardoso MD, Gonçalves CCM, Nogueira LMV, et al. Access of people with pulmonary tuberculosis to government programs: Primary Care professionals' perceptions. Rev Bras Enferm. 2023;76(Suppl 2):e20220716. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0716pt>

RESUMO

Objetivo: analisar as percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o acesso de pessoas com tuberculose pulmonar aos programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda. **Métodos:** estudo multicêntrico/qualitativo, realizado em Unidades de Saúde da Família de quatro capitais brasileiras: Belém/Pará, Campo Grande/Mato Grosso do Sul, Recife/Pernambuco e Rio de Janeiro/Rio de Janeiro. Participaram 58 profissionais (assistentes sociais, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e técnicos de enfermagem), que prestavam assistência às pessoas com tuberculose pulmonar. Foram realizadas entrevistas individuais, e utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** entre os participantes, 45/77,6% eram mulheres e 33/56,9% tinham entre 25 e 40 anos. Organizaram-se duas categorias temáticas, demonstrando as percepções acerca das possibilidades de acesso aos programas governamentais por pessoas com tuberculose pulmonar em situação de vulnerabilidade e os obstáculos inerentes a esse contexto. **Considerações finais:** é necessário avançar na melhoria do acesso dos doentes aos programas sociais.

Descritores: Tuberculose Pulmonar; Programas Sociais; Vulnerabilidade Social; Pessoal de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze Primary Health Care professionals' perceptions about the access of people with pulmonary tuberculosis to government social support and income transfer programs. **Methods:** multicenter/qualitative study, carried out in Family Health Units in four Brazilian capitals: Belém/Pará, Campo Grande/Mato Grosso do Sul, Recife/Pernambuco and Rio de Janeiro/Rio de Janeiro. Fifty-eight professionals participated (social workers, dentists, nurses, pharmacists, physicians and nursing technicians), who provided assistance to people with pulmonary tuberculosis. Individual interviews were conducted, and the content analysis technique was used. **Results:** among the participants, 45/77.6% were women and 33/56.9% were between 25 and 40 years old. Two thematic categories were organized, demonstrating the perceptions about the possibilities of access to government programs by people with pulmonary tuberculosis in vulnerable situations and the obstacles inherent to this context. **Final considerations:** it is necessary to move forward in improving patient access to social programs.

Descriptors: Tuberculosis, Pulmonary; Social Programs; Social Vulnerability; Health Personnel; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar las percepciones de los profesionales de la Atención Primaria de Salud sobre el acceso de las personas con tuberculosis pulmonar a los programas gubernamentales de apoyo social y transferencia de ingresos. **Métodos:** estudio multicéntrico/cualitativo, realizado en Unidades de Salud de la Familia en cuatro capitales brasileñas: Belém/Pará, Campo Grande/Mato Grosso do Sul, Recife/Pernambuco y Rio de Janeiro/Rio de Janeiro. Participaron 58 profesionales (trabajadores sociales, odontólogos, enfermeros, farmacéuticos, médicos y técnicos de enfermería) que brindaron asistencia a personas con tuberculosis pulmonar. Se realizaron entrevistas individuales y se utilizó la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** entre los participantes, 45/77,6% eran mujeres y 33/56,9% tenían entre 25 y 40 años. Se organizaron dos categorías temáticas, demostrando las percepciones sobre las posibilidades de acceso a los programas gubernamentales por parte de las personas con tuberculosis pulmonar en situación de vulnerabilidad y los obstáculos inherentes a este contexto. **Consideraciones finales:** es necesario avanzar en mejorar el acceso de los pacientes a los programas sociales.

Descriptorios: Tuberculosis Pulmonar; Programas Sociales; Vulnerabilidad Social; Personal de Salud; Atención Primaria de Salud.



Autor Correspondente:

Erlon Gabriel Rego de Andrade

E-mail: erlon.grdandrade@aluno.uepa.br

EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Mellina Yamamura

Submissão: 07-12-2022

Aprovação: 19-04-2023

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa transmissível que, na sociedade contemporânea, ainda se constitui relevante problema de saúde pública, principalmente quando os acometidos vivem em um contexto de vulnerabilidade socioeconômica⁽¹⁾. Isso reforça a TB como condição que demanda investimentos conjuntos, de diferentes atores e instâncias governamentais, para o seu enfrentamento efetivo⁽²⁻⁴⁾.

Apesar dos inúmeros esforços governamentais e por parte dos profissionais de saúde, ainda se verifica alta prevalência de TB em nível nacional e internacional. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2021, foram notificados oficialmente 6,4 milhões de casos recém-diagnosticados no cenário global. Todavia, estima-se que 10,6 milhões de pessoas adoeceram de TB nesse ano e que a doença provocou 1,4 milhão de óbitos entre pessoas não infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)⁽⁴⁾.

Nesse contexto, o Brasil figura em duas listas que reúnem 30 países com as maiores cargas da doença e para a coinfeção TB/HIV⁽⁴⁾. Dados do Ministério da Saúde apontam que, em 2021, foram registrados 68.271 casos novos da doença no país, com coeficiente de incidência de 32,0 casos/100 mil habitantes. Em 2020, foram notificados 4.543 óbitos, com coeficiente de mortalidade de 2,1 óbitos/100 mil habitantes⁽⁵⁾.

Considerando a necessidade de promover ações efetivas que contribuam para o controle da doença no Brasil, o Ministério da Saúde, em 2021, divulgou recomendações oficiais, para o período de 2021 a 2025, que guiarão a segunda fase do Plano Nacional pelo Fim da TB como Problema de Saúde Pública. Essa iniciativa se assenta em acordos internacionais, como os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável inerentes à agenda global 2030 e a Estratégia pelo Fim da TB (*End TB Strategy*), declarando metas para reduzir em 90% a incidência de TB e em 95% os óbitos pela doença no país até 2035. Isso implica um coeficiente de incidência menor que 10 casos/100 mil habitantes e um número de óbitos anual menor que 230⁽⁵⁻⁶⁾.

Contudo, ressalta-se que, a partir de 2020, o controle da TB se constituiu um desafio ainda maior no mundo e no Brasil, tendo em vista os impactos da pandemia de COVID-19 nas notificações de casos e óbitos por TB, assim como no planejamento e na gestão de recursos para o seu enfrentamento no âmbito dos serviços e sistemas de saúde^(5,7-8). Frente a isso, em 2020, o Brasil e outros 15 países apresentaram redução de 93% nas notificações referentes à doença⁽⁹⁾.

Entre os condicionantes e determinantes desse agravamento na população, nota-se que os fatores socioeconômicos exercem grande influência no processo terapêutico e no aumento das taxas de abandono, uma vez que a elevação dos números de casos e óbitos por TB está diretamente associada às condições de pobreza, como baixa renda, baixa escolaridade, condições de moradia inadequadas e falta ou carência de saneamento básico⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A oferta de programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda pode contribuir no contexto econômico para a melhoria da qualidade de vida e, consequentemente, para a cura da TB. Nesse sentido, entre os programas vigentes no Brasil, destacam-se: Programa Bolsa Família; Benefício de Prestação Continuada (BPC); Tarifa Social de Energia Elétrica; Programa Minha Casa/Minha Vida; Carteira do Idoso; Aposentadoria para

Pessoas de Baixa Renda; e Telefone Popular⁽¹³⁾. Embora esses e outros benefícios não sejam específicos para pessoas com doenças crônicas, o fato de conhecer as possibilidades de oferta permite compreender as iniciativas governamentais de proteção social que podem ser implementadas e robustecidas na atenção às pessoas com TB pulmonar⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Nesse contexto, sabe-se que parcela expressiva dos cuidados à pessoa com TB ocorre no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de recursos e mecanismos sociais nela disponíveis, que permitem maior aproximação entre os diferentes grupos humanos e os profissionais de saúde, à medida que esses profissionais interagem e criam possibilidades para fortalecer vínculos de confiança e comunicação com os grupos humanos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Modelo de atenção inerente aos cuidados primários, a Estratégia Saúde da Família (ESF) operacionaliza suas ações em maior proximidade junto à comunidade⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, cenário em que os profissionais podem entender as condições de acesso de pessoas com TB aos programas sociais e contribuir para ampliar esse acesso, de acordo com as suas atribuições e com os limites de sua governança sócio-política⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

No campo da saúde, considera-se oportuno refletir sobre o conceito de acesso e diferenciá-lo, epistemologicamente, do conceito de acessibilidade. Neste estudo, compreende-se o acesso como a possibilidade de o usuário adentrar os serviços de saúde para solucionar suas necessidades biopsicossociais, motivo pelo qual relaciona-se com a localização geográfica das instituições onde ocorrem os serviços, com a disponibilidade de dias e horários de atendimento e com a possibilidade de os profissionais atenderem sem agendamento prévio⁽²⁰⁾.

Por sua vez, resultando da interação entre aspectos de naturezas distintas, como os fatores socioculturais, econômicos, geográficos e organizacionais, a acessibilidade implica o ajustamento entre as características dos recursos em saúde e as dos grupos humanos, ao buscarem e obterem as ações assistenciais. Verificando-se as condições de acessibilidade de uma população, é possível identificar os aspectos que facilitam ou dificultam as estratégias individuais e coletivas na busca e na obtenção dessas ações⁽²⁰⁾.

Em vista disso, entende-se que é necessário ampliar o conhecimento técnico-científico acerca do tema e empreender esforços para discuti-lo e disseminá-lo nas áreas da assistência, da gestão, do ensino e da pesquisa em saúde.

OBJETIVO

Analisar as percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o acesso de pessoas com tuberculose pulmonar aos programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda.

MÉTODOS

Aspectos éticos

De acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽²¹⁾, o estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/

Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, bem como a anuência das Secretarias Municipais de Saúde de Belém, Campo Grande e Recife.

Os profissionais tiveram contato prévio com os pesquisadores, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), expressando concordância em participar e ciência sobre os objetivos, riscos e benefícios. Não houve recusa em participar do estudo. Com objetivo de garantir o sigilo das identidades, os trechos dos depoimentos foram codificados com os seguintes elementos: letra P, de “participante”, seguida por número arábico correspondente à ordem das entrevistas, hífen, sigla da categoria profissional (Ass = assistente social; Dent = dentista; Enf = enfermeiro; Farm = farmacêutico; Méd = médico; Téc Enf = técnico de enfermagem), hífen e sigla oficial do estado brasileiro referente ao local do estudo (MS, PA, PE e RJ).

Tipo de estudo

Estudo multicêntrico qualitativo, primeira etapa do projeto de pesquisa intitulado “Estudo Longitudinal dos Impactos do Suporte Social Indicadores Operacionais da Tuberculose (ELISIOS-TB)”. A redação foi guiada pelas recomendações do instrumento *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ)*⁽²²⁾.

Cenário do estudo e fonte de dados

A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde da Família (USF) de quatro capitais brasileiras: Belém (PA), Campo Grande (MS), Recife (PE) e Rio de Janeiro (RJ). A escolha desses locais ocorreu por se tratarem da porta preferencial de acesso aos serviços de saúde. Os municípios foram eleitos devido à elevada incidência de TB, segundo dados publicados pelo Ministério da Saúde em número especial do Boletim Epidemiológico da TB⁽⁵⁾, que apontam os seguintes coeficientes de incidência (números de casos/100 mil habitantes) relativos ao ano de 2021: Belém, 67,5; Campo Grande, 35,8; Recife, 89,8; e Rio de Janeiro, 92,5⁽⁵⁾.

Participaram 58 profissionais (cinco de Belém, 22 de Campo Grande, três de Recife e 28 do Rio de Janeiro), que atuavam em unidades de saúde parceiras como campos de estágio supervisionado para os estudantes de graduação em enfermagem das universidades envolvidas no projeto. Foram incluídos os profissionais que prestavam assistência às pessoas com TB pulmonar nos serviços de saúde no período da coleta dos dados, independentemente do tempo de atuação. Foram excluídos aqueles que estavam de férias ou de licença nessa ocasião.

Os profissionais foram selecionados por conveniência, com indicação voluntária por seus pares à medida que participavam da pesquisa. Considerando o período previsto para coletar os dados e, em virtude dessa estratégia de seleção, não houve paridade entre os números de participantes dos municípios estudados, sem prejuízos para o desenvolvimento da pesquisa.

Coleta e organização dos dados

Como técnica de coleta, optou-se por entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas no período de julho de 2019 a fevereiro de 2020. Foram conduzidas pelas pesquisadoras e por

bolsistas vinculados ao projeto: mestrandos e estudantes de enfermagem capacitados previamente.

Utilizou-se um roteiro, elaborado previamente pela equipe do projeto, contendo seis questões para caracterizar o perfil socio-demográfico e ocupacional dos participantes e duas perguntas norteadoras para conhecer as percepções e apreender o objeto de estudo. As questões de perfil investigaram seis variáveis: sexo; idade; profissão; tempo de atuação na unidade de saúde; tempo de atuação na assistência à pessoa com TB; e participação em atividades de capacitação para o manejo de casos. As perguntas norteadoras foram: quais tipos de programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda podem ser oferecidos às pessoas com TB pulmonar? Como se dá o acesso das pessoas com TB pulmonar aos programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda?

Para guiar a coleta dos dados qualitativos, além das perguntas norteadoras, apresentou-se aos participantes uma lista de ações ou programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda, elaborada previamente pela equipe, no intuito de auxiliá-los a responder. Em consonância com a técnica de coleta, as perguntas norteadoras foram desdobradas no sentido de estimular os participantes a discorrer com maior aprofundamento sobre o tema. Esses desdobramentos ocorreram por meio do diálogo com os participantes, à medida que os pesquisadores percebiam a necessidade de conhecer, aprofundar ou esclarecer aspectos relevantes nos relatos.

Sempre que necessário, adicionaram-se perguntas para complementar os relatos e melhor compreender as percepções, como: na unidade de saúde em que atua, as pessoas com TB pulmonar têm acesso aos programas sociais mencionados por você? Nesse contexto, como fazem para acessá-los? Quais dificuldades ou obstáculos elas enfrentam para obter os benefícios sociais a que têm direito?

As entrevistas duraram de 20 a 30 minutos, e foram realizadas em locais reservados nas dependências das unidades de saúde para garantir o conforto e a privacidade dos participantes. No intuito de captar todas as nuances dos depoimentos, as entrevistas foram gravadas em formato MP3, mediante autorização formal dos participantes ao assinarem o TCLE. As gravações se mostraram suficientes para captar as nuances, razão pela qual não foram empregadas técnicas para registrar manualmente quaisquer dados qualitativos. Respeitando a confidencialidade dos dados, optou-se por armazenar os arquivos de áudio em computador de uso pessoal com senha, cujo acesso era exclusivo da equipe do projeto.

Análise dos dados

Para o tratamento dos dados do perfil dos participantes, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0, de modo a apresentar os valores absolutos e respectivos percentuais.

As entrevistas foram transcritas e analisadas pela equipe, por meio da técnica de análise de conteúdo temática⁽²³⁾, seguindo suas três etapas: pré-análise – leitura atenta e detalhada dos depoimentos; exploração do material – agrupamento dos trechos das falas em unidades de registro, para formar categorias temáticas

com temas complementares, que expressassem a completude dos dados qualitativos; e tratamento dos resultados – síntese inferencial e interpretativa dessas categorias, subsidiada por evidências da literatura científica atualizada sobre o tema, visando apresentar discussões robustas e pertinentes⁽²³⁾.

Após a transcrição, a equipe manteve os arquivos de áudio cuidadosamente armazenados, a fim de consulta-los para esclarecer possíveis dúvidas quanto ao conteúdo do *corpus* textual. Contudo, serão destruídos cinco anos após o período de coleta dos dados, reafirmando o compromisso ético e técnico-científico dos pesquisadores.

RESULTADOS

Entre os 58 profissionais que prestavam assistência às pessoas com TB pulmonar, 45 (77,6%) eram do sexo feminino e 33 (56,9%) declararam idade entre 25 e 40 anos. No tocante às profissões, dois (3,4%) eram assistentes sociais; três (5,2%), dentistas; 21 (36,2%), enfermeiros; quatro (6,9%), farmacêuticos; 18 (31,0%), médicos; e 10 (17,2%), técnicos de enfermagem.

O tempo de atuação na unidade de saúde variou de menos de um ano até 22 anos, sendo que 30 (51,7%) trabalhavam há cinco anos. O tempo de atuação na assistência à pessoa com TB também variou de menos de um ano até 22 anos, contexto no qual 32 (55,2%) referiram tempo de atuação inferior a cinco anos. Quanto à capacitação, 36 (62,1%) declararam participação em curso de capacitação para o manejo da pessoa com TB.

Ao analisar as percepções dos profissionais sobre o acesso de pessoas com TB pulmonar aos programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda, foram organizadas duas categorias temáticas: *Possibilidades de acesso aos programas governamentais por pessoas com tuberculose pulmonar em situação de vulnerabilidade*; *Obstáculos para o acesso aos programas governamentais por pessoas com tuberculose pulmonar*. Essas categorias consideraram e valorizaram as percepções de todos os participantes. No entanto, primando pela clareza e organização dos resultados, optou-se por destacar os excertos mais emblemáticos, correspondentes a 10 participantes, conforme descrito a seguir.

Embora haja especificidades técnico-científicas e práticas entre as profissões aqui representadas, é oportuno salientar que este estudo não buscou associar as percepções com essas características, motivo pelo qual, *a priori*, os excertos não refletem as particularidades de cada profissão no conjunto dos dados qualitativos.

Possibilidades de acesso aos programas governamentais por pessoas com tuberculose pulmonar em situação de vulnerabilidade

Nessa categoria, mostrou-se um conjunto de possibilidades de acesso das pessoas em tratamento para TB aos benefícios governamentais. Durante as entrevistas, a partir da visualização de uma lista de ações ou programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda, os participantes referiram que as pessoas com TB pulmonar, dependendo da necessidade, podem ter acesso aos benefícios como qualquer outro usuário em situação de vulnerabilidade social:

A pessoa com TB se encontra em situação de vulnerabilidade. Então, esses programas [Bolsa Família, BPC, vale-transporte, entre outros] são também para essa população que está em situação de vulnerabilidade. (P3_Méd_RJ)

Os programas sociais que as pessoas com TB têm acesso hoje são os mesmos que qualquer população de baixa renda tem. O fato da pessoa ter ou não a TB não é um fator que interfere nisso em relação ao acesso aos programas. (P15_Méd_RJ)

Se ele é paciente de TB e tem baixa renda, eu encaminho para o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social]. (P2_Ass_PA)

Eles [pacientes] são encaminhados para o CRAS e muitos deles já têm vínculo. Pela condição social, já têm acesso ao Bolsa Família. (P1_Enf_PE)

Nessa perspectiva, diante das limitações e necessidades impostas pelo adoecimento, os profissionais encaminhavam as pessoas com TB para o CRAS, a fim de que pudessem ter acesso ao Programa Bolsa Família, vale-transporte, entre outros benefícios. Dessa maneira, a possibilidade de acesso aos benefícios governamentais foi afirmada por todos os profissionais, independentemente das peculiaridades das regiões brasileiras em que o estudo foi realizado.

Obstáculos para o acesso aos programas governamentais por pessoas com tuberculose pulmonar

Por meio dessa categoria, demonstrou-se que há dificuldades e obstáculos para as pessoas com TB pulmonar obterem os benefícios de programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda. Entre eles, citam-se redução ou descontinuidade de programas ou benefícios, falta de documentos por parte do usuário, limitações de acessibilidade aos serviços, questões burocráticas e políticas, longo tempo de espera para liberar esses benefícios e condições sociais desfavoráveis dos usuários:

[...] a questão do INSS [referindo-se aos trâmites burocráticos do Instituto Nacional do Seguro Social] está complicadíssima. A inserção das pessoas é extremamente difícil, pedem uma série de documentos que a pessoa não tem. E, para os nossos pacientes que estão em situação de rua, fica muito mais complicado. Os pacientes não estão tendo acesso aos benefícios e isso dificulta muito a evolução do tratamento. (P1_Enf_RJ)

O acesso não é fácil. No momento, eu não tenho nenhum paciente que esteja recebendo benefício. (P3_Enf_PE)

Hoje em dia, infelizmente, nós não estamos tendo esse tipo de benefício [referindo-se aos programas sociais governamentais] para os pacientes, não sei exatamente o motivo. (P17_Enf_MS)

Programas sociais existem, mas, para ter acesso, você tem que ter uma série de documentos, uma série de burocracias, que faz com que as pessoas desistam. (P3_Téc_Enf_PA)

[...] não é fácil o acesso [...]. Por exemplo, se ele [paciente] chega aqui, eu encaminho para o CRAS [...], encaminho porque eu tenho

que orientar sobre o laudo. Ele não pode ir no CRAS, solicitar um benefício de auxílio assistencial, se ele não levar um laudo [...]. É uma correria de porta em porta, e ele vai batendo, batendo. E chega um momento que ele até desiste porque ele já vai melhorando, a febre já vai se ausentando, a infecção vai diminuindo, as cruzes de TB [que indicam a severidade da infecção] vão diminuindo, e aí ele diz assim: "Eu já cansei [...], eu já estou melhorando, não vou procurar [...]". Mas é difícil, a porta não está aberta, não está. (P2_Ass_PA)

[...] encaminhamos para o CRAS para um cadastro, que vai gerar um NIS [Número de Identificação Social] para esse paciente, que vai ver qual o programa social em que ele se enquadra. (P18_Ass_MS)

[...] vale para transporte, se a pessoa mora longe, mas a assistência só dá para pessoa da região [explicando que, por questões operacionais, o acesso a esse benefício muitas vezes apresenta limitações para pessoas que residem em localidades distantes, ainda que sejam atendidas pela unidade de saúde]. [...] eu não tenho conhecimento de como que é a periodicidade [do acesso a esse benefício], mas sei que eles [pacientes] ganham. (P12_Farm_MS)

Identificou-se que o acesso aos programas sociais governamentais é fortemente permeado por obstáculos de natureza administrativa e operacional, materializados sobretudo por processos de trabalho burocráticos. Essa realidade foi demonstrada em todo o cenário do estudo, independentemente das características sociodemográficas e epidemiológicas das regiões brasileiras, posto que os obstáculos foram relatados por todos os participantes e destacados como elementos limitantes cuja superação é necessária e se constitui desafio coletivo.

DISCUSSÃO

O estudo identificou aspectos que evidenciaram as percepções de profissionais atuantes na APS quanto ao acesso de pessoas com TB pulmonar aos programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda.

Nesse sentido, destaca-se que os programas de transferência de renda são estratégias inovadoras de proteção social. Consistem na concessão de benefício financeiro a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica e têm por objetivo superar a situação de pobreza por meio do fortalecimento dos capitais financeiro, físico e humano desses indivíduos^(13,24).

Um dos fatores de risco mais relevantes no contexto social de pessoas com TB é a sua vulnerabilidade, razão pela qual é preciso considerar também a desigualdade social, visando instituir e monitorar o tratamento adequado⁽²⁵⁾. Portanto, para além do diagnóstico, do tratamento medicamentoso e de consultas regulares, condições que devem ser oferecidas nas redes de cuidado em saúde, é patente que pessoas nessa situação de vulnerabilidade necessitam ser contempladas com os benefícios sociais ou de transferência de renda, essenciais para a continuidade do tratamento e para o processo de cura da doença.

Nas percepções dos profissionais, independentemente do diagnóstico de TB, pessoas em situação de vulnerabilidade são, ou deveriam ser, encaminhadas ao CRAS, para o atendimento adequado de suas necessidades de apoio. Embora a maioria

dos participantes tenha demonstrado conhecer a existência de programas como Bolsa Família, BPC, Minha Casa/Minha Vida e vale-transporte, ainda assim, relataram o baixo acesso dos pacientes com TB por dificuldades no encaminhamento e excesso de trâmites burocráticos. Além disso, por vezes, existem lacunas no conhecimento dos profissionais acerca dos programas governamentais de suporte disponíveis, caracterizando-se como obstáculo para a atuação mais consciente e segura desses profissionais, tendo em vista que suas ações, intrínsecas à APS, ocorrem em cenários com expressivas demandas de natureza social e econômica⁽¹⁴⁾.

O conhecimento dos profissionais acerca desses dispositivos sociais é fundamental para orientar e esclarecer o usuário, permitindo-lhe ter acesso e usufruir dos direitos que lhe são inerentes quanto aos recursos dos programas governamentais e de distribuição de renda. Esse conhecimento ganha maior relevância porque, em sua maioria, pessoas com TB se enquadram na condição de vulnerabilidade socioeconômica e porque contribui para enfrentar os obstáculos, no intuito de propiciar o tratamento e a cura da doença⁽¹⁵⁾.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Cidadania do Brasil têm empreendido esforços para implementar políticas de governo visando à proteção social e considerando que a TB é uma doença que acomete, sobretudo, populações de baixa renda. O resultado dessas iniciativas consta na publicação da Instrução Operacional Conjunta nº 1, de 26 de setembro de 2019, que especifica orientações acerca da atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), para o enfrentamento coletivo da TB⁽²⁶⁾.

Dessa forma, evidencia-se a importância das atividades conjuntas entre as políticas públicas de saúde e de assistência social com foco nas vulnerabilidades individuais e coletivas, a fim de alcançar desfechos favoráveis para doenças negligenciadas como a TB. Ressalta-se, ainda, a necessidade de um projeto terapêutico que responda assertivamente às necessidades das pessoas afetadas pela doença, principalmente se apresentam dificuldades financeiras, características da condição de pobreza em que vivem^(10,27).

Diante das singularidades da pessoa em tratamento e das necessidades biopsicossociais que advêm da sua condição clínica, o Plano Terapêutico Singular (PTS) se constitui importante ferramenta para que a equipe multiprofissional pactue, com o usuário e a sua rede de apoio, modos de cuidar focados na integralidade da pessoa humana, no intuito de consolidar os vínculos com os serviços de saúde e fortalecer o processo terapêutico, sobretudo nos casos com maior grau de complexidade. Pode ser realizado em qualquer nível de atenção, oportunizando que os profissionais compartilhem conhecimentos e experiências para esclarecer dúvidas sobre a doença e as ações propostas e implementadas⁽²⁸⁾.

Para ser efetivo no controle da TB, esse plano abrange um diagnóstico situacional das condições de vida e saúde do usuário; a definição de metas pertinentes e exequíveis; o estabelecimento de corresponsabilidades entre os membros da equipe, a partir do qual se define um profissional de referência, que coordenará o PTS, geralmente aquele com quem o usuário tem maior afinidade; e a reavaliação, conduzida pelo coordenador do plano e

operacionalizada por meio de reuniões com os diferentes atores, para que expectativas, metas, prazos, resultados e outros aspectos sejam revistos, e providências sejam tomadas⁽²⁸⁾.

Nesse cenário, o acesso a programas sociais de transferência de renda implica impacto positivo nos desfechos do tratamento da TB para a população mais pobre, indicando a necessidade de abordar o adoecimento de maneira abrangente e eficaz, para além da doença^(10,13,24-25,29). Corroborando essa afirmação, estudo de coorte realizado em Salvador (BA), com 216 pessoas acometidas por TB, analisou associações entre desfecho do tratamento, variáveis sociodemográficas e benefícios sociais, demonstrando que 172 (79,6%) curaram e a maior proporção desse desfecho ocorreu entre pessoas que recebiam benefícios governamentais e não governamentais (n=19/21; 90,5%) ou apenas benefícios diretos (n=124/152; 81,6%), isto é, recursos monetários transferidos diretamente aos beneficiários⁽²⁴⁾.

Revisão sistemática com meta-análise de estudos desenvolvidos em países de baixa ou média renda ou com alta carga de TB, como o Brasil, investigou os efeitos de estratégias de proteção social nos desfechos do tratamento da doença. A síntese qualitativa reuniu 25 estudos, dos quais nove foram empregados na meta-análise, por se tratarem de estudos randomizados e controlados, cujo número de participantes totalizou 1.687. Entre outros aspectos, identificou-se que as estratégias de proteção social se associaram à cura dos doentes (RR=1,11; IC95%: 1,01-1,22) e à redução do risco de abandono terapêutico (RR=0,63; IC95%: 0,45-0,89)⁽¹⁰⁾.

Portanto, é imprescindível que as políticas públicas se fundamentem em princípios que contemplem as reais necessidades das pessoas em tratamento. Contudo, não basta garantir o acesso e o atendimento prioritário, pois também é importante resguardar as singularidades e os direitos de cidadania de cada pessoa, independentemente do seu grau de risco e/ou condição social⁽³⁰⁾.

O sucesso do tratamento não deve ser considerado apenas do ponto de vista da adesão medicamentosa, mas como um conjunto dinâmico e integrado de ações no qual os profissionais de saúde abordem o indivíduo de maneira holística, envolvendo o seu contexto familiar e oferecendo suporte e encaminhamento a outros serviços, quando necessário^(7,12,30).

Verificou-se que, após o encaminhamento de usuários para o CRAS, os profissionais encontraram dificuldades em identificar se os mesmos receberam suporte dos programas governamentais, revelando a fragilidade na contrarreferência à unidade da APS. Corroborando esse achado, estudo realizado em Recife (PE) evidenciou a falta de articulação e da contrarreferência entre a unidade da APS e outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, que realizavam o atendimento à pessoa com TB⁽³¹⁾. Saliencia-se que é necessário conhecer os processos de referência e contrarreferência, ferramentas de gestão que o SUS apresenta para a sua consolidação⁽³²⁾.

Como obstáculos para o acesso aos benefícios de proteção social, os participantes referiram situações como processos burocráticos morosos, falta de documentos dos usuários e demora em receber os benefícios aprovados pelo governo. Esse fato reflete o longo caminho a percorrer para que os programas sociais sejam implementados de maneira efetiva em âmbito nacional, constituindo, assim, mecanismos para auxiliar o combate à TB no Brasil^(11-12,29).

Além disso, é oportuno frisar que pessoas com TB podem se deparar com barreiras inerentes ao horário de funcionamento das unidades de saúde, à falta ou carência de medicamentos, ao controle inadequado de comunicantes, ao diagnóstico tardio da doença e a repetidas idas aos serviços de saúde para obter o diagnóstico^(30,33).

Comprovando a reflexão acerca da necessidade de implementar os programas sociais e, assim, mitigar os obstáculos para diminuir as cifras da TB, estudo sobre os determinantes sociais e as metas para a doença nas Américas reforça que é oportuno expandir as medidas de promoção da saúde e prevenção do adoecimento, reduzindo as barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento e fortalecendo as iniciativas que objetivam abordar os determinantes sociais relacionados à doença⁽³⁴⁾.

As barreiras de acesso aos benefícios sociais e de transferência de renda podem influenciar negativamente no controle da doença, pois, na prática assistencial dos profissionais de saúde, as desigualdades sociais e o crescimento populacional acelerado, somados a fatores determinantes, como idade, escolaridade, comorbidades, consumo de álcool e outras drogas, insegurança alimentar e nutricional, condições precárias do domicílio e dificuldades de acesso e de acessibilidade aos serviços de saúde no território brasileiro, impactam na cadeia de transmissão do agente infeccioso, na progressão da doença e, consequentemente, nos desfechos do tratamento^(1,7,25,35).

Os desafios desse cenário, agravados pelas barreiras de acesso no território brasileiro, podem gerar interrupções no tratamento da TB ou mesmo o abandono terapêutico entre usuários vulneráveis, pois os determinantes sociais, vinculados às suas condições de vida e saúde, limitam as possibilidades que essas pessoas dispõem para seguir o plano terapêutico⁽¹⁵⁾. Em vista disso, a literatura científica apresenta implicações no cotidiano dos usuários e no sistema de saúde, considerando a possibilidade de agravamento da condição clínica, tais como infecções micobacterianas resistentes ou multirresistentes e evolução para quadros que necessitam de internação hospitalar, prolongando o tempo de tratamento e onerando os custos em saúde pública^(28,36-37).

Entre os programas de suporte social, destaca-se que o Programa Bolsa Família apresenta repercussões positivas no cotidiano de muitos indivíduos e grupos que vivem em situação de extrema pobreza, sobretudo por ser, em parcela expressiva dos casos, a única fonte de renda familiar segura para propiciar a sobrevivência^(24,38).

Referente ao controle da TB, é imprescindível capacitar e sensibilizar os profissionais que atuam na APS para conhecer a realidade dos usuários, sobretudo as suas demandas socioeconômicas. Além disso, é necessário que contribuam para atendê-las, de acordo com a sua governabilidade e com os limites operacionais dos cargos que ocupam nos serviços de saúde, e ajudem a fortalecer as redes de apoio dos usuários durante as fases de tratamento da doença⁽³⁹⁻⁴⁰⁾. Para aproximar a relação com os usuários, a visita domiciliar figura importante recurso, a partir do qual os profissionais podem melhor conhecer os processos de vida e saúde, bem como as demandas que deles advêm, no intuito de planejar as ações e intervir com segurança e efetividade⁽⁴¹⁾.

Há várias estratégias que as unidades de saúde e suas equipes multiprofissionais devem adotar para auxiliar os doentes a acessar

os benefícios sociais, entre as quais citam-se: conhecer as condições de vulnerabilidade dos acometidos; verificar se estão registrados no CadÚnico e se recebem outros benefícios, declarando essas informações no prontuário; preencher adequadamente a ficha de notificação de TB no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atentando-se para a variável referente ao Programa Bolsa Família; criar parcerias com instituições/organizações que prestam assistência a pessoas em vulnerabilidade no território, para organizar fluxos que permitam encaminhá-las e acompanhá-las de forma compartilhada; buscar ativamente e investigar os sintomáticos respiratórios; realizar atividades de educação em saúde sobre a TB e os benefícios aos quais os doentes têm direito. Nessa perspectiva, é fundamental que os profissionais de saúde e da assistência social atuem de maneira integrada e colaborativa⁽¹⁴⁾.

Por sua trajetória sócio-histórica peculiar, a TB ainda se constitui doença fortemente associada a medos, estigmas e preconceitos, materializados no modo como pessoas e grupos sociais compreendem a doença e agem perante os acometidos⁽⁴²⁻⁴³⁾. Apesar do conhecimento técnico-científico amplamente disponível acerca da TB, sabe-se que muitas representações sociais negativas ainda são compartilhadas por profissionais de saúde e encontram-se cristalizadas em seu cotidiano, expressando-se por meio de palavras, atitudes e comportamentos que desqualificam os acometidos e tendem a afastá-los dos serviços de saúde, comprometendo o processo terapêutico^(42,44).

Em vista desse cenário, para colaborar no enfrentamento da TB e de suas repercussões biopsicossociais, também é necessário que os profissionais repensem a linguagem com a qual se comunicam e compartilham informações sobre a doença entre si e com a população, no intuito de rever e abandonar o uso de termos e expressões que fortaleçam estigmas e preconceitos. Assim, entende-se que é possível mobilizar pensamentos e ações que empoderem os acometidos no cuidado de si e promovam o seu protagonismo nos serviços de saúde⁽⁴⁵⁾.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão relacionadas ao seu desenvolvimento apenas em unidades de saúde da APS, localizadas em municípios específicos, refletindo as realidades socioculturais, político-econômicas e operacionais desses cenários. Nessa perspectiva, entende-se que, ao menos parcialmente, esse fato pode limitar a generalização dos resultados.

No entanto, por ter sido realizada em quatro capitais de diferentes regiões brasileiras, a pesquisa ampliou o conhecimento sobre os fatores implicados no acesso de pessoas com TB aos programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda durante a fase em que convivem com a doença e lidam com as demandas biopsicossociais que dela advêm.

Em face da amplitude e da relevância científica e social do tema, entende-se que outros estudos são necessários, no intuito de conhecer, interpretar e discutir aspectos não investigados aqui, os quais podem acrescentar informações que subsidiem a compreensão global do tema.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

De modo geral, o estudo contribui no sentido de possibilitar o aprofundamento e produzir novos conhecimentos acerca do tema, na perspectiva de profissionais que atendem pessoas com TB pulmonar, apontando e discutindo a importância da disponibilidade de recursos, do aprimoramento das políticas públicas, do acesso e da acessibilidade dos usuários a esses dispositivos.

Nos campos da enfermagem e da saúde, destaca-se que o estudo contribui com aspectos que podem subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação de cuidados e outras ações que auxiliem a enfrentar os obstáculos de acesso aos programas sociais governamentais e mitigar as suas repercussões biopsicossociais no cotidiano de indivíduos e grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram identificar que, nas percepções dos profissionais da APS, as pessoas com TB pulmonar podem ter acesso aos benefícios provenientes dos programas sociais governamentais de suporte e de transferência de renda, como qualquer pessoa em situação de vulnerabilidade, dependendo de suas necessidades. Nessa perspectiva, destacaram vários obstáculos para se obter o acesso.

Perante as reflexões trazidas pelo estudo, indica-se a necessidade de os vários atores sociais, como autoridades públicas, gestores, prestadores e usuários das ações e dos serviços de saúde, reverem modos de pensar e agir no contexto dos cuidados à pessoa com TB pulmonar. Isso deve ocorrer no intuito de promover e/ou favorecer condições que avancem na melhoria do acesso aos programas sociais, da assistência à pessoa em tratamento e das ações de controle e monitoramento da TB, assim como reduzir o número de casos de abandono terapêutico, propiciando a cura.

FOMENTO

O estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde, por meio da nota de empenho 2018NE803480 da CGDR/DEVIT/SVS/MS, e com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

CONTRIBUIÇÕES

Motta MCS, Souza MHN e Maciel ELN contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Lima HSB, Sodré VRD, Souza CAA, Cardoso MD, Gonçalves CCM, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Andrade EGR, Pereira AA, Motta MCS, Souza MHN, Zeitoune RCG e Maciel ELN contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Lima HSB, Sodré VRD, Souza CAA, Cardoso MD, Gonçalves CCM, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Andrade EGR, Pereira AA, Motta MCS, Souza MHN, Zeitoune RCG e Maciel ELN contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2020 [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2020 [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>
2. Müller BCT, Müller PCT, Silva LA, Freitas AS, Magalhães MJS. Assessment of access to tuberculosis treatment from the perspective of users in Primary Care. *Rev Pesqui: Cuid Fundam.* 2021;13:1037-43. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9897>
3. Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Pereira AA, Abreu PD, Nascimento LC, Vasconcelos EMR, et al. Learning through play: semantic validation of educational technology on tuberculosis for school children. *Esc Anna Nery.* 2021;25(4):e20200492. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0492>
4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2022 [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2022 [cited 2023 Feb 17]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: tuberculose 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 21]. (Número especial). Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf/view>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025 [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 21]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/plano-nacional-pelo-fim-da-tuberculose-como-problema-de-saude-publica_-estrategias-para-2021-2025.pdf/view#:~:text=O%20Plano%20em%20como%20objetivo,per%C3%ADodo%20de%202021%20a%202025
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: tuberculose 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 27]. (Número especial). Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021_24.03
8. Ministério da Saúde (BR). Força de trabalho das coordenações estaduais e de capitais e o desenvolvimento das ações em tuberculose durante a pandemia de COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 21];53(33). Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no33/view>
9. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>
10. Andrade KVF, Nery JS, Souza RA, Pereira SM. Effects of social protection on tuberculosis treatment outcomes in low or middle-income and in high-burden countries: systematic review and meta-analysis. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(1):e00153116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00153116>
11. Fuady A, Houweling TAJ, Mansyur M, Burhan E, Richardus JH. Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: eight simulated scenarios. *Infect Dis Poverty.* 2019;8:10. <https://doi.org/10.1186/s40249-019-0519-7>
12. Santos JN, Sales CMM, Prado TN, Maciel EL. Factors associated with cure when treating tuberculosis in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2011-2014. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(3):e2017464. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300015>
13. Reis-Santos B, Shete P, Bertolde A, Sales CM, Sanchez MN, Arakaki-Sanchez D, et al. Tuberculosis in Brazil and cash transfer programs: a longitudinal database study of the effect of cash transfer on cure rates. *PLoS ONE.* 2019;14(2):e0212617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212617>
14. Ministério da Saúde (BR). Guia orientador: promoção da proteção social para as pessoas acometidas pela tuberculose [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [cited 2023 Feb 17]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/guia-orientador-promocao-da-protacao-social-para-as-pessoas-acometidas-pela-tuberculose.pdf/view>
15. Zeitoune RCG, Dias JR, Nascimento FPB, Motta MCS, Sousa MHN, Cardoso MD, et al. Access to government social programs and the tuberculosis control program: a multicenter study. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 2):e20210454. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0454>
16. Silva FO, Rodrigues ILA, Pereira AA, Nogueira LMV, Andrade EGR, Araújo APGM. Nurses' perceptions on care management and its intervening factors for tuberculosis control. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210109. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0109>
17. Andrade EGR, Rodrigues ILA, Braga SAS, Nogueira LMV, Panarra BACS, Santos MNA, et al. Knowledge and practices of Primary Care professionals on diabetic neuropathy: study of social representations. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20190104. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0104>
18. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2019 [cited 2020 Jan 6]. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>
19. Linhares SRS, Paz EPA. Tratamento da tuberculose na Estratégia Saúde da família: olhar do profissional. *Enferm Foco.* 2019;10(5):179-84. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n5.2407>
20. Pinho ECC, Cunha TAN, Lemos M, Ferreira GRON, Lourenção LG, Pinheiro HHC, et al. Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil. *Enferm Foco.* 2020;11(2):168-75. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.3449>

21. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2012 [cited 2021 Oct 26]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
23. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo (SP): Edições 70; 2016.
24. Andrade KVF, Nery JS, Araújo GS, Barreto ML, Pereira SM. Association between treatment outcome, sociodemographic characteristics and social benefits received by individuals with tuberculosis in Salvador, Bahia, Brazil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(2):e2018220. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000200004>
25. Oliosi JGN, Reis-Santos B, Locatelli RL, Sales CMM, Silva Filho WG, Silva KC, et al. Effect of the Bolsa Familia Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e219-26. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30478-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30478-9)
26. Ministério da Cidadania (BR). Instrução Operacional Conjunta nº 1, de 26 de setembro de 2019. Orientações acerca da atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da Tuberculose (TB) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Cidadania; 2019 [cited 2021 Oct 26]. Available from: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/instrucoes/instrucao-operacional-conjunta-no-1-de-26-de-setembro-de-2019>
27. Rudgard WE, Chagas NS, Gayoso R, Barreto ML, Boccia D, Smeeth L, et al. Uptake of governmental social protection and financial hardship during drug-resistant tuberculosis treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Eur Respir J*. 2018;51(3):1800274. <https://doi.org/10.1183/13993003.00274-2018>
28. Ministério da Saúde (BR). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. 2ª ed. atual. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
29. Ferreira ALS, Nogueira LMV, Sá AMM, Ozela CS. Custos da busca pelo diagnóstico da tuberculose: impacto na economia familiar. *Rev Cuid*. 2018;9(3):2400-12. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.536>
30. Clementino FS, Marcolino EC, Gomes LB, Guerreiro JV, Miranda FAN. Tuberculosis control actions: analysis based on the access and Primary Health Care quality improvement program. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(4):e4660015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004660015>
31. Barros DBM, Costa JMBS, Reis YAC, Albuquerque AC, Felisberto E. Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidroga resistente em Recife, Pernambuco, Brasil. *Saúde Debate*. 2020;44(124):99-114. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012407>
32. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>
33. Cecilio HPM, Teston EF, Marcon SS. Access to the diagnosis of tuberculosis from the point of view of health professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e0230014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000230014>
34. Bernal O, Lopez R, Montoro E, Avedillo P, Westby K, Ghidinelli M. Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e153. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.153>
35. Magnabosco GT, Andrade RLP, Arakawa T, Monroe AA, Villa TCS. Tuberculosis cases outcome in people with HIV: intervention subsidies. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(5):554-63. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900077>
36. Lima IB, Nogueira LMV, Guimaraes RJPS, Rodrigues ILA, André SR, Abreu PD, et al. Spatial patterns of multidrug-resistant tuberculosis: correlation with sociodemographic variables and type of notification. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 5):e20190845. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0845>
37. Navarro PD, Haddad JPA, Rabelo JVC, Silva CHL, Almeida IN, Carvalho WS, et al. The impact of the stratification by degree of clinical severity and abandonment risk of tuberculosis treatment. *J Bras Pneumol*. 2021;47(4):e20210018. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210018>
38. Suzart AS, Ferreira AP. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. *Interações (Campo Grande)*. 2018;19(3):585-95. <https://doi.org/10.20435/inter.v19i3.1636>
39. Macedo SM, Andrade RPS, Souza CRBA, Andrade ASS, Villa TCS, Pinto ESG. Strategies for tuberculosis care training. *Cogitare Enferm*. 2016;21(3):1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i3.45339>
40. Villa TCS, Brunello MEF, Andrade RLP, Orfão NH, Monroe AA, Nogueira JA, et al. Management capacity of Primary Health Care for tuberculosis control in different regions of Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e1470017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001470017>
41. Barbosa NG, Martin IS, Nievas AF, Viana AL, Zanetti ACG, Souza J. Simulated setting in home visit teaching in the scope of Primary Health Care. *REME Rev Min Enferm*. 2022;26:e-1452. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.40273>
42. Rodrigues ILA, Motta MCS, Ferreira MA. Social representations of nurses on tuberculosis. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):498-503. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690316i>
43. Santos WS, Sales ZN, Moreira RM, Oliveira BG, Bomfim ES. Representações sociais de pessoas com tuberculose pulmonar sobre os enfrentamentos diante dos conflitos sociais e pessoais. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 28];20(1):6-13. Available from: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/20603>

44. Chirinos NEC, Meirelles BHS, Bousfield ABS. Relationship between the social representations of health professionals and people with tuberculosis and treatment abandonment. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1):e5650015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005650015>
 45. United Nations Office for Project Services – UNOPS, Global Health Campus. Stop TB Partnership – Words matter: suggested language and usage for tuberculosis communications [Internet]. 2ª ed. Genebra (CH): UNOPS; 2022 [cited 2023 Feb 17]. Available from: <https://www.stoptb.org/words-matter-language-guide>
-