UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NATHALIA HALAX ORFÃO

**Adesão ao tratamento da tuberculose: conhecimento do doente e vínculo com
os serviços de saúde**

Ribeirão Preto
2013

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Adesão ao tratamento da tuberculose: conhecimento do doente e vínculo com
os serviços de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto
2013

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Orfão, Nathalia Halax

Adesão ao tratamento da tuberculose: conhecimento do doente e vínculo com os serviços de saúde.

Ribeirão Preto, 2013.

67p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena.

1. Tuberculose. 2. Adesão à medicação. 3. Conhecimento. 4. Relações Profissional-Paciente.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nathalia HalaxOrfão

Adesão ao tratamento da tuberculose: conhecimento do doente e vínculo com os serviços de saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

*A **Deus** pelo dom da vida, por seguir comigo e me iluminar nesta caminhada.*

*Ao meu exemplo de vida - minha querida e amada mãe, **Silvia**, pelo amor incondicional e confiança que depositou em mim, os quais fizeram acreditar em mim que mesma na jornada até aqui. Pelo intenso incentivo, força e apoio para que eu conseguisse superar os desafios e limitações.*

Agradecimentos Especiais

À Prof^ª Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa (Tite), por ter me recebido de portas abertas no grupo GEOTB. Agradeço por compartilhar sua imensa sabedoria e seu espírito de liderança. Por acreditar no meu potencial e me incentivar a crescer como profissional e pesquisadora na busca pelo conhecimento através da vivência do trabalho em equipe.

Muito obrigada.

Ao Prof. Dr. Antônio Ruffino-Netto, pelo exemplo de vida neste constante processo de evolução. Pela disponibilidade, atenção e paciência em compartilhar e ensinar com dedicação, carinho e respeito ao próximo. Agradeço pela oportunidade e privilégio de simplesmente aprender.

À Dr^a Rubia Laine de Paula Andrade, muito obrigada por sentar inúmeras vezes e dividir o seu conhecimento através da simplicidade em compartilhar e enriquecer. Agradeço pela contribuição no desenvolvimento deste trabalho e o ensinamento diário que me fizeram refletir e crescer.

Agradecimentos

A Deus, que nunca me deixou caminhar sozinha, estando sempre a frente, iluminando o meu caminho e me protegendo.

*A minha amada mãe, **Silvia**, por me ensinar as maiores lições de vida. Pela dedicação e presença constante, que muitas vezes renunciou a si mesma pelo nosso maior patrimônio – a família. Obrigada por acreditar, mesmo quando eu já havia desistido. Meu alicerce, minha vida. Te amo muito.*

*Ao meu querido irmão, **Junior**, por ser meu companheiro, meu amigo e cúmplice, mesmo à distância. Obrigada pelas lembranças e momentos de risadas, mesmo quando não havia nenhuma saída.*

*Ao meu avô **Inré** in memoriam, e avó **Olga**, exemplo de união e sabedoria, os quais sempre proporcionaram e ensinaram o verdadeiro amor. Agradeço pelas orações e torcida que sempre me mantiveram perto de vocês.*

*Ao **Raphael**, por compartilhar essa jornada com companheirismo, apoio e compreensão nos momentos mais difíceis.*

*Ao **Marcos**, por ter entrado para a nossa família e ter enriquecido nossas vidas com sua alegria.*

Aos meus familiares, que mesmo à distância, torceram e lutaram junto comigo.

*Às minhas grandes amigas **Amanda, Samira, Laura, Marcelae Talita**, que me acolheram quando cheguei. Que me aceitaram da maneira que eu sou e me aconselharam nos momentos mais difíceis. Que não mediram esforços para fazerem dos meus momentos mais loucos e*

felizes, compartilhando momentos únicos. Agradeço pela torcida e o incentivo que vocês me proporcionaram.

*Aos professores **Aline Monroe, Ricardo, Pedro Palha, Jordanae Lucia Scaten** por quem tenho muito respeito e admiração. Agradeço pelo conhecimento compartilhado, incentivo em continuar na busca pelo saber e pelas importantes contribuições neste estudo.*

*A **Paty**, muito obrigada por quem tenho tanto admiração. Agradeço pelas palavras de carinho, pelo incentivo e carinho que sempre teve. Obrigada por todo suporte e dedicação.*

*Aos amigos do GEOTB "**Amelinha, Anne, Bia, Aline Beraldo, Rubia, Gabi, Maria Eugenia, Tiemi, Livia, Erika, Fernanda**", que dividiram inúmeros momentos. Agradeço pelas ricas conversas e risadas. Pelo apoio, incentivo e carinho. Por serem tão especiais na minha vida e me acolheram como parte da Tropa de Elite.*

*A **Dra Lis**, coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose, pelo carinho e contribuição na realização deste estudo.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)** e ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, por tornar possível a realização deste estudo.*

*A todos os professores da **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)** pelo acolhimento e dedicação na minha formação profissional.*

***ACAPES** pelo apoio financeiro à pesquisa.*

*Ao **Programa ICOHRTA** por contribuírem na minha formação enquanto pesquisadora.*

*À **equipe dos serviços de saúde** e aos **doentes de tuberculose do município** que contribuíram para a realização deste estudo.*

RESUMO

ORFÃO, N. H. **Adesão ao tratamento da tuberculose: conhecimento do doente e vínculo com os serviços de saúde.** 2013. 67f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Considerando a adesão como um processo dinâmico e multifatorial que requer decisões compartilhadas, cuja meta deve ser alcançada do início ao término do tratamento, este estudo tem como objetivo analisar a adesão ao tratamento da TB de acordo com o conhecimento dos doentes e o vínculo com a equipe de saúde do município de Ribeirão Preto – SP. Estudo epidemiológico descritivo, do tipo inquérito e levantamento. Os dados foram coletados de setembro de 2011 a setembro de 2012 através de fontes secundárias e entrevista com 127 doentes de TB dos 4 ambulatórios de referência de Ribeirão Preto. Na análise dos dados das entrevistas foram utilizadas técnicas descritivas para caracterizar os indivíduos em relação ao perfil sócio demográfico e clínico, bem como descrever a organização da assistência aos doentes de TB em tratamento. Para analisar a adesão dos doentes ao tratamento da TB, foram construídos indicadores, obtidos a partir dos valores médios das respostas para cada variável de adesão. Os indicadores foram classificados como satisfatório (valor médio de 0 a 4) e insatisfatório (4 a 8). Para identificar a associação entre a adesão ao tratamento de TB com o conhecimento dos doentes, bem como com o vínculo com a equipe de saúde, inicialmente utilizou-se da Análise de Agrupamento para associar os indivíduos semelhantes quanto à adesão e posteriormente, utilizou-se Análise de Correspondência Múltipla (ACM). Os indicadores insatisfatórios de adesão foram “Busca de informações sobre tuberculose em livros e/ou internet”, “Participa das decisões sobre o seu tratamento”, “Busca apoio para continuar o tratamento da tuberculose” e “Participa de algum grupo de apoio”. Pela ACM, o grupo satisfatório para a adesão esteve diretamente associado com as variáveis que se relacionam com possuir conhecimento sobre a doença e vínculo com a equipe de saúde. Os resultados apontados neste estudo permitem inferir a qualidade da organização dos serviços de saúde e comprometimento da equipe para que a metade dos doentes de TB entrevistados fosse categorizada como satisfatória para a adesão ao tratamento. Destaca-se como elemento essencial neste processo o conhecimento dos doentes sobre TB e o vínculo estabelecido com a equipe de saúde, os quais podem ocorrer e se fortalecer nas visitas mensais aos serviços, bem como durante o tratamento diretamente observado em domicílio. Entretanto, o elevado número de doentes categorizados em insatisfatório para a adesão ao tratamento no município de Ribeirão Preto impõe desafios aos profissionais de saúde no sentido de garantir a integralidade da atenção e desenvolver habilidades para atender as reais necessidades de saúde dos doentes de TB enquanto uma condição crônica, além de estabelecer uma relação harmoniosa entre usuário e equipe de saúde, com compartilhamento de informações e estímulo a autonomia.

Palavras-chave: Tuberculose. Adesão à Medicação. Conhecimento. Relações Profissional-Paciente.

ABSTRACT

ORFÃO, N. H. Adherence tuberculosis treatment: patient knowledge and relationship with health services. 2013.67f. Thesis (Master) – Ribeirão Preto School of Nursing, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2013.

Considering the adherence as a dynamic and multifactorial process that requires shared decisions, whose goal must be achieved from beginning to end of treatment, this study aims to examine adherence to TB treatment according to the patients' knowledge and their relationship with the health staff of Ribeirão Preto - SP. A descriptive epidemiologic study, inquiry type and survey. Data were collected from September 2011 to September 2012 through secondary sources and interviews with 127 TB patients from 4 ambulatories reference of Ribeirão Preto. In analyzing of the data of interviews were utilized descriptive techniques to characterize the individuals in relation to socio-demographic and clinical profile, as well as describing the organization of assistance to TB patients in treatment. To analyze patients' adherence to TB treatment, were constructed indicators, obtained from the mean values of the answers for each variable of adherence. The indicators were classified as satisfactory (mean value of 0 to 4) and unsatisfactory (4 to 8). To identify the association between adherence to TB treatment with the knowledge of patients, as well as the relationship with the health staff, initially was utilized Cluster Analysis to associate individuals similar regarding adherence and thereafter was utilized Multiple Correspondence Analysis (MCA). The unsatisfactory indicators of adherence were "Search information about TB in books and / or internet", "Participate of decisions about their treatment", "Seek support to continue the TB treatment" and "Participate in a support group." By MCA, the group satisfactory for adherence was directly associated with the variables which relate to possess knowledge about the disease and relationship to the health staff. The results presented in this study allow inferring the quality of the organization of health services and engagement of the staff to than half of TB patients interviewed were categorized as satisfactory for adherence to treatment. Stands out as an essential element in this process the knowledge of patients about TB and the relationship established with the health staff, which may occur and to strengthen during monthly visits to services, as well as during the directly observed treatment at home. However, the high numbers of patients categorized as unsatisfactory for adherence to treatment in municipality of Ribeirão Preto imposes challenges for health staff in the meaning of ensure comprehensive health care and develop skills to meet the real health needs of TB patients while a chronic condition. In addition to establishing a harmonious relationship between users and health staff with information sharing and encouraging autonomy.

Keywords: Tuberculosis. Medication Adherence. Knowledge. Professional-Patient Relations.

RESUMEN

ORFÃO, N. H. Adherencia a tratamiento de la tuberculosis: conocimiento de paciente y su relación con los servicios de salud. 2013. 67f. Tesis (Maestría / Posgrado) – Escuela de Enfermeira de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Considerando la adherencia como un proceso dinámico y multifactorial que requiere decisiones compartidas, cuyo meta debe ser alcanzado desde el inicio hasta el final del tratamiento, este estudio tiene como objetivo analizar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis de acuerdo con el conocimiento de pacientes y su relación con el equipo de salud de Ribeirão Preto - SP. Estudio epidemiológico descriptivo, del estudio y la encuesta de tipo. Se recogieron datos de septiembre 2011 a septiembre 2012 a través de fuentes secundarias y entrevistas con 127 pacientes con tuberculosis en 4 ambulatorios de referencia de Ribeirão Preto. El análisis de datos de las entrevistas se utilizó técnicas descriptivas para caracterizar a los individuos en relación con el perfil sociodemográfico y clínico, así como describir la organización de la atención a pacientes con tuberculosis en tratamiento. Para el análisis de la adherencia de los pacientes al tratamiento de la tuberculosis, se construyeron indicadores, obtenidos a partir de los valores medios de las respuestas para cada miembro variable. Los indicadores se calificaron como satisfactoria (valor medio de 0 a 4) e insatisfactoria (4 a 8). Para identificar la asociación entre la adherencia al tratamiento de la tuberculosis con el conocimiento de pacientes, así como su relación con el equipo de salud, en un principio hizo uso de análisis de conglomerados para asociar individuos similares a la adherencia, y fue utilizado más adelante Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM). Los indicadores insatisfactoria de la adherencia fueron "Busca de información sobre la TB en libros y / o internet", "Participa en las decisiones sobre su tratamiento", "Busca apoyo para continuar el tratamiento de la tuberculosis" y "Participar en un grupo de apoyo". Por ACM, el grupo satisfactoria para la adherencia se asoció directamente con las variables que se relacionan con tener conocimientos sobre la enfermedad y su relación con el equipo de salud. Los resultados presentados en este estudio permiten inferir la calidad de la organización de servicios de salud y el compromiso del equipo que la mitad de los pacientes con TB entrevistados se clasificaron como satisfactorios para la adherencia al tratamiento. Destaca por ser un elemento esencial en este proceso, el conocimiento de pacientes sobre la tuberculosis y la relación establecido con el equipo de salud, lo que puede ocurrir y se fortalecer durante las visitas mensuales a los servicios, así como durante el tratamiento de observación directa en el domicilio. Sin embargo, el elevado número de pacientes clasificados en insatisfactoria para la adherencia al tratamiento en Ribeirão Preto impone desafíos para los profesionales de la salud en el sentido de garantizar la atención integral y desarrollar de habilidades para responder a las necesidades reales de salud de los pacientes con tuberculosis, mientras que una enfermedad crónica. Más allá establecer una relación armoniosa entre los usuarios y el equipo de salud con el intercambio de información y el fomento de la autonomía.

Palabras clave: Tuberculosis. Cumplimiento de la Medicación. Conocimiento. Relaciones Profesional-Paciente.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Decrescimento dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da análise de correspondência múltipla – conhecimento dos doentes de TB.....	32
Figura 2 -	Decrescimento dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da análise de correspondência múltipla – vínculo entre o doente e à equipe de saúde.....	33
Figura 3 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis de adesão ao tratamento dos doentes de TB entrevistados	39
Figura 4 -	Distribuição das médias padronizadas das variáveis da adesão dos doentes de TB em cada grupo pela análise de agrupamento não-hierárquico	40
Figura 5 -	Plano fatorial com as variáveis de conhecimento dos doentes de TB entrevistados com os grupos de adesão	41
Figura 6 -	Plano fatorial com as variáveis de vínculo entre doentes de TB entrevistados e equipe de saúde com os grupos de adesão	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Variáveis relacionadas à medida de adesão ao tratamento medicamentoso da TB, conhecimento do doente sobre a doença e tratamento, e o vínculo com a equipe de saúde.....	29
Quadro 2 -	Medidas de correlação (Cos2) para as categorias das variáveis que representam os itens do questionário e suas dimensões associadas no plano fatorial. Ribeirão Preto, 2012	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos entrevistados, segundo as características sócio-demográficas dos doentes de TB	37
Tabela 2 -	Distribuição dos entrevistados, segundo as características clínicas dos doentes de TB.....	37
Tabela 3-	Distribuição dos entrevistados, segundo as características do tratamento da TB	38

LISTA DE ABREVIATURAS

ACM	Análise de Correspondência Múltipla
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCAT	<i>PrimaryCareAssessment Tool</i>
REDE-TB	Rede Brasileira de Tuberculose
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TB	Tuberculose
TB-WEB	Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1 DELINEAMENTO DO OBJETO EM ESTUDO	17
1.1 Tuberculose: desafios para o controle da doença	18
1.2 A adesão do doente de TB: segundo a literatura.....	20
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos	24
3 MATERIAL E MÉTODOS	25
3.1 Modelo do estudo.....	26
3.2 Caracterização do local de estudo.....	26
3.3 População de estudo.....	27
3.4 Instrumentos de Coleta de Dados e Variáveis Seleccionadas para o Estudo	27
3.5 Procedimento de coleta de dados	30
3.6 Plano de Análise	31
3.7 Aspectos éticos	35
4 RESULTADOS.....	36
4.1 Características da população de estudo.....	37
4.2 Caracterização do tratamento da TB.....	38
4.3 Análise da adesão ao tratamento da TB	39
4.4 Análise da associação entre a adesão e as variáveis do estudo.....	40
5 DISCUSSÃO.....	43
6 CONCLUSÕES.....	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	58
ANEXO I.....	59
ANEXO II	60
ANEXO III	62
ANEXO IV	62
ANEXO V	63
ANEXO VI.....	64

APRESENTAÇÃO

O presente projeto foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto-SP e se insere no Projeto Multicêntrico financiado pelo CNPq Edital MCT/CNPq 14/2010, processo 475907/2010-8, vinculado à linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, intitulado: “Estratégia DOTS no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil”, do Grupo de Estudos Epidemiológicos-Operacional em Tuberculose (GEOTB) cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq. Este estudo se integra, ainda, à Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) visando colaborar com o planejamento de políticas e ações de controle para a tuberculose (TB), problema que persiste como uma importante questão de saúde pública.

Atualmente, o GEOTB é liderado pela Prof. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa e pelo Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto, e composto por uma equipe de pesquisadores de diversas instituições de ensino superior do país. A integração com instituições governamentais, não governamentais e órgãos de cooperação internacional tem permitido a construção de diálogos amplos sobre os desafios do sistema de saúde e da sociedade no combate à TB.

1 DELINEAMENTO DO OBJETO EM ESTUDO

1.1 Tuberculose: desafios para o controle da doença

Apesar da tuberculose (TB) ser uma doença infecciosa curável se seguido corretamente o tratamento quimioterápico (BRASIL, 2002), ainda representa um problema de saúde global cuja dimensão continua a crescer. Mundialmente, é a segunda principal causa de morte por doença infecciosa, ficando atrás apenas do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Em 2011, a incidência estimada foi 8,7 milhões de casos no mundo, ou seja, 125 casos por 100 mil habitantes, com 1,4 milhões de óbitos, sendo que destes 430 mil eram coinfectados com HIV (WHO, 2012).

Nas Américas, embora a taxa de incidência tenha declinado cerca de 3,8% entre 2010 e 2011, o Brasil ocupou o 19º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% da carga mundial de TB. Ainda que o Ministério da Saúde considerasse a doença como prioridade das três esferas de governo e contemplasse a pactuação de metas para formalizar o comprometimento político e técnico dos distintos níveis de gestão, em 2011, o país apresentou uma incidência estimada de 83 mil casos, com taxa de 36 casos por 100 mil habitantes; baixa taxa de cura (74,9%); elevada taxa de abandono (11,8%) e óbito (3,5%) (WHO, 2012; BRASIL, 2012; SINAN, 2013).

Em Ribeirão Preto, município selecionado para este estudo e considerado prioritário para o controle da doença no país, em 2011, apresentou 176 casos novos da doença, com 28 casos por 100 mil habitantes. Em relação ao desfecho do tratamento, apresentou elevada taxa de óbito (14%) e baixa taxa de cura (78%), tendo em vista as metas internacionais estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de curar pelo menos 85% dos casos. Tais resultados podem ser decorrentes da coinfeção TB/HIV (20,3%) ou da não adesão ao tratamento, mesmo o município apresentando 5% de taxa de abandono.

Para o controle da doença, em 1993, a OMS preconizou a instituição de uma estratégia, chamada DOTS (Directly Observed Treatment - Short course), que no Brasil foi recomendada a partir de 1997, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade, bem como a transmissão da doença (WHO, 2012).

Tal estratégia é um dos elementos centrais do Stop TB (diretriz recomendada pela OMS em 2006) e tem como um de seus componentes o Tratamento Diretamente Observado (TDO), cuja finalidade consiste em garantir o uso correto

dos medicamentos, administrando, para todos os casos bacilíferos, o tratamento padronizado de curta duração sob supervisão direta de um observador (WHO, 2012).

Assim, a adesão é almejada do início ao término do tratamento, uma vez que a realização de modo incompleto ou irregular afeta o prognóstico da doença, trazendo implicações negativas tanto para a saúde pública quanto para o próprio indivíduo, além de comprometer o controle da mesma (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010), uma vez que aumenta a transmissão do bacilo, a resistência aos medicamentos e os casos de recidiva (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2009).

Desse modo, entende-se adesão como um processo dinâmico e multifatorial, influenciada por fatores individuais e externos (SOUZA et al., 2009; QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010), com decisões compartilhadas entre serviço de saúde e usuário, na medida em que se considera a autonomia deste na tomada de decisões, e sua responsabilidade para o seguimento do seu tratamento (WHO, 2003).

Desta forma, a adesão caracteriza-se pela concordância entre o comportamento dos usuários e as recomendações dos profissionais de saúde, a partir de uma relação horizontal e de cooperação entre ambos; envolvendo diferentes fatores: *“fatores sociais e econômicos, fatores relacionados à equipe e ao sistema de atenção à saúde, fatores relacionados à condição da doença, fatores relacionados ao tratamento e fatores relacionados às pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde”* (MENDES apud GOMES et al, 2007).

Alguns autores citam como barreiras para adesão ao tratamento: dificuldade no acesso à assistência, deficiência na relação profissional-paciente, atraso do atendimento, falta de conhecimento sobre a doença e esquemas terapêuticos, indisposição para cuidar da própria saúde, entre outros (MACIEL et al, 2009; SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2009; COSTA et al., 2011; HINO et al, 2011; FELIX; CEOLIM, 2012).

Entretanto, reconhece-se que adesão é favorecida pela confiança dos usuários nos serviços de saúde, pela integração dos mesmos com outros níveis assistenciais, suporte da equipe multidisciplinar na parte emocional e social do usuário (família e comunidade); compartilhamento de informações; intervenções efetivas à saúde da população, e não apenas tratamentos específicos, orientada por

um modelo de atenção à saúde adequada à condição crônica, como é o caso da TB (MENDES, 2011).

Os profissionais de saúde podem apropriar-se dos fatores que dificultam e que facilitam a adesão, mediante a descrição por parte do próprio paciente de suas experiências, atitudes e crenças sobre a doença e o tratamento para ajudá-lo a compreender a importância da ingestão e adesão medicamentosa (FELIX; CEOLIM, 2012).

Considerando a situação epidemiológica da TB em Ribeirão Preto, no Brasil e no mundo e a importância da adesão ao tratamento da doença para o controle da mesma, este estudo buscou identificar e analisar as características dos doentes de TB relacionadas à adesão terapêutica com enfoque no conhecimento e vínculo com a equipe de saúde. Desta forma, espera-se que este estudo contribua com a produção de conhecimentos que possam ser utilizados por gestores e profissionais de saúde, indicando caminhos no intuito de promover melhor adesão do doente ao tratamento da TB e conseqüentemente, melhorar os indicadores epidemiológicos e operacionais da doença.

1.2 A adesão do doente de TB: segundo a literatura

Realizou-se um levantamento da literatura conduzido de janeiro a setembro de 2013, visando proceder à identificação e síntese de trabalhos científicos divulgados no cenário nacional e internacional, relacionados à temática abordada no estudo, ou seja, a adesão ao tratamento da TB, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), por meio da associação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) “adesão à medicação”, “conhecimento”, “relações profissional-paciente” e “tuberculose”.

Os critérios de inclusão para seleção dos materiais bibliográficos foram: artigos completos publicados no período de 2009 a 2013 (últimos cinco anos); em *open access*; em periódicos nacionais e internacionais; nos idiomas português, inglês e espanhol; bem como aqueles que citavam ou mencionavam em seus resultados elementos pertinentes considerando o objetivo deste estudo.

Na associação entre os descritores “adesão à medicação” e “tuberculose” foram encontrados 21 artigos científicos, sendo que 1 foi excluído, uma vez que a

publicação foi anterior ao período indicado, e 7 por estarem duplicados. Dessa forma, foram selecionados 13 artigos.

Quando associado os descritores “relações profissional-paciente” e “tuberculose” foram encontrados 10 artigos científicos, sendo que destes 4 haviam sido publicados fora do período indicado e 3 duplicados. Nesse sentido, foram selecionados 3 artigos científicos.

Para a associação entre os descritores “conhecimento” e “tuberculose” foram encontrados 133 artigos científicos, destes 114 não estavam no período selecionado para esta revisão, 11 estavam duplicados e 8 foram selecionados.

Assim, dos 164 encontrados na literatura, foram selecionados 24 artigos científicos.

Os estudos apontam a necessidade dos profissionais de saúde em atentar às características dos indivíduos (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010; HECK et al., 2011; FERREIRA et al., 2011; CHIRINOS; MEIRELLES, 2011; CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011; FIGUEIREDO et al., 2011; FILHO et al., 2012; OLIVEIRA, 2012) e clínica da doença (VIEIRA; RIBEIRO, 2011; HINO et al., 2012), bem como a diversos fatores relacionados ao estilo de vida, estigma e coinfeção (CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011), os quais conferem vulnerabilidade para a não adesão (NEVES; REIS; GIR, 2010; FILHO et al., 2012), sem que haja um foco apenas à supervisão da ingesta medicamentosa (QUEIROZ et al., 2012).

Além disso, outros estudos mostraram que os doentes de TB acompanhados por equipes especializadas em ambulatórios de referência apresentaram maior adesão ao tratamento quando comparado aos pacientes acompanhados em outro serviço de saúde (PONCE et al., 2011; FIGUEIREDO et al., 2011).

Nesse sentido, adesão é reflexo do atendimento realizado no serviço de saúde (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010) e facilitado com a flexibilidade do local de administração da medicação (domicílio ou trabalho) de forma a individualizar o tratamento (VIEIRA; RIBEIRO, 2011), promover maior aproximação entre profissionais e usuários, identificação de necessidades de saúde e o encaminhamento para intervenções apropriadas (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2009).

No que se refere ao conhecimento sobre a doença e o tratamento da TB, estudos abordam que a falta de conhecimento dos profissionais de saúde, bem

como o estigma e o despreparo destes no que concerne à orientação dos doentes de TB podem dificultar a adesão (HINO et. al, 2011; MARTÍNEZ; SUANCHA; SÁNCHEZ, 2011; MUSSI; TRALDI; TALARICO, 2012), além de acentuar as fragilidades relacionadas à gestão do cuidado aos doentes, famílias e comunidade (COSTA et al., 2011; FREITAS et al, 2012).

Vieira e Ribeiro (2011) destacam a importância do compromisso político na oferta de treinamentos para capacitação e motivação dos profissionais de saúde. Ponce e colaboradores (2011) complementa a necessidade em ampliar a visão dos gestores para aspectos que integrem as ações gerenciais e assistenciais, e não limitar apenas aos burocráticos e administrativos.

Neves e colaboradores (2010) traz a importância da resolubilidade dos problemas operacionais desde o diagnóstico até o acompanhamento do tratamento e supervisão, ao mesmo tempo em que busca uma equipe multidisciplinar para garantir a integralidade e qualidade da assistência prestada ao paciente.

Souza e colaboradores (2010) abordaram a valorização do usuário como um sujeito ativo no tratamento e a importância do fortalecimento do vínculo com profissionais de saúde para uma responsabilização mútua acerca dos compromissos com o tratamento. Destacaram ainda o favorecimento da continuidade do cuidado e o fortalecimento da relação terapêutica através do vínculo.

Chirinos e Meirelles (2011) apontam que a ausência de comunicação e interação entre profissionais e doentes de TB implica na baixa adesão ao tratamento na medida em que conduzirá a deficiência na troca de informações e orientações, e consequentemente do conhecimento sobre a doença e dos verdadeiros problemas dos usuários. Outros estudos (MACIEL et al., 2009; BRUNELLO et al., 2010; QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010; COSTA et al., 2011; OROFINO et al., 2012) também apontam tais aspectos.

A partir dessa revisão narrativa da literatura, destaca-se a inquietação de pesquisadores pela compreensão da complexidade e dos desafios que permeiam o controle da TB através da adesão ao tratamento, uma vez que esta sofre a interferência não só de fatores individuais, mas também programáticos e organizacionais relacionados aos sistemas de serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a adesão ao tratamento da TB de acordo com o conhecimento dos doentes e o vínculo com a equipe de saúde do município de Ribeirão Preto – SP.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os doentes de TB em tratamento, segundo o perfil sóciodemográfico e clínico;
- Descrever a organização da assistência aos doentes de TB em tratamento;
- Analisar a adesão ao tratamento da TB;
- Analisar a relação entre a adesão ao tratamento de TB e o conhecimento dos doentes e o vínculo com a equipe de saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Modelo do estudo

Estudo epidemiológico descritivo, realizado a partir da abordagem quantitativa, do tipo inquérito e levantamento.

3.2 Caracterização do local de estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, com uma população estimada em 619.746 habitantes para o ano de 2012 (DATASUS, 2013) com um sistema de saúde em gestão plena, composto por 1 Unidade de Pronto-atendimento (UPA-2012), 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e 32 Unidades de Saúde de Atenção Básica, dentre as quais 28 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem em sua estrutura o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 14 são Unidades Saúde da Família (USF) (cerca de 13% de cobertura) com 29 Equipes de Saúde da Família (ESF).

A atenção aos doentes de TB atualmente ocorre em 5 Ambulatórios de Referência, distribuídos em 5 distritos de saúde com equipes especializadas para o tratamento da doença. Conta com a retaguarda do nível terciário para os casos que necessitam de internação, destacando os casos coinfectados TB/HIV.

Os doentes de TB são acompanhados por equipes especializadas dos ambulatórios de referência, porém, não exclusivas do Programa. Essas equipes são formadas, essencialmente, por 1 médico especialista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 1 visitador sanitário, cuja principal função é a realização do acompanhamento das doses supervisionadas aos pacientes. Nos serviços, também são realizadas ações para o diagnóstico e tratamento/manejo clínico dos casos, exames de apoio diagnóstico como baciloscopia, raio-X, e consulta médica, além do controle de comunicantes.

No período do estudo, os distritos leste e norte tinham que encaminhar os doentes para realizar a consulta médica de tratamento em outros distritos, devido ao déficit ou falta de médicos infectologistas no quadro de profissionais dos ambulatórios de referência.

Cada equipados ambulatoriais tem à disposição uma viatura da Secretaria Municipal da Saúde para a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) no domicílio no período da manhã, 4 a 5 vezes por semana. A cobertura de TDO no município em 2011 foi de 72%.

3.3 População de estudo

A população de estudo foi constituída por todos os doentes de TB em tratamento no município de Ribeirão Preto há 3 meses ou mais no período setembro de 2011 a setembro de 2012. Foram excluídos: menores de 18 anos, em tratamento no sistema prisional e/ou em outro município, e que apresentavam limites de cognição.

Dos 204 pacientes em tratamento, 5 foram entrevistados para o teste piloto, 29 foram excluídos do estudo (4 sistema prisional, 1 óbito, 7 internado – Hospital de Américo Braziliense, 4 menores de 18 anos, 4 mudança de diagnóstico antes do período de 3 meses, 6 tratamento em outro município), 26 não foram localizados (endereço errado/inexistente e/ou ausência de um contato telefônico), 17 se recusaram (6 pacientes estavam institucionalizados), permanecendo assim, 127 entrevistados.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados e Variáveis Seleccionadas para o Estudo

Os instrumentos de coleta de dados compreendem quatro formulários estruturados:

- Formulário estruturado I: Caracterização dos doentes e do tratamento de tuberculose (ANEXO I) - compreende um total de nove questões com escalas de respostas dicotômicas e de múltipla escolha, e sete questões abertas, agrupadas em dois blocos:

Bloco A: Dados sócio-demográficos e clínicos – incluiu sete questões relacionadas ao sexo, idade, escolaridade, situação empregatícia, forma clínica da TB, tipo de caso e outras doenças associadas.

Bloco B: Dados de caracterização da organização da assistência aos doentes de TB em tratamento - incluiu nove questões: unidade que iniciou e realiza o

tratamento da TB, quantas vezes e onde pega a medicação da TB, pessoa que observa a ingesta da medicação, quantas vezes observa e em que horário; horário de preferência do doente para a ingesta da medicação, incentivos que recebe do programa de TB.

- Formulário estruturado II: Medida de Adesão ao Tratamento da Tuberculose (ANEXO II) – elaborado com base no conceito multidimensional de adesão ao tratamento, considerando os aspectos relacionados ao doente, ao tratamento e sistema de saúde (WHO, 2003). Tal instrumento compreende 16 variáveis que contém escala de nove pontos, sendo que essa varia de sempre = 0 a nunca = 8, sendo zero a melhor resposta para adesão e oito a pior.

Desta forma as variáveis que compõe este formulário foram construídas a partir do “Adherencetolong-termtherapies: evidence for action” (WHO, 2003), do “Manual de Recomendações para o Controle da TB” (BRASIL, 2011), e da série de artigos “Melhores práticas para o cuidado de doentes com TB” (WILLIAMS et al., 2007), e estudos anteriores que abordam os aspectos de maior relevância para a adesão (JIN et al., 2008) e a adesão ao tratamento da TB (GONÇALVES et al., 1999; TERRA; BERTOLOZZI, 2008; RODRIGUES et al., 2010).

- Formulário estruturado III: Conhecimento dos doentes de TB sobre a doença e tratamento (ANEXO III) – elaborado com base no conceito de que conhecimento é a capacidade de adquirir, reter e utilizar informações, sendo uma combinação de compreensão, discernimento e competências, demonstrada através de ações (WHO, 2008; KALIYAPERUMAL, 2004). Compreende um total de três questões com escalas de respostas dicotômicas e de múltipla escolha, e uma aberta.

As variáveis que compõe este formulário foram construídas a partir do “A Guide to Developing Knowledge, Attitude and Practice Surveys” (WHO, 2008), “Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study” (KALIYAPERUMAL, 2004), e “A Study of Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Survey of Families Toward Their Children with Intellectual Disability in Barwani, India” (LAKHAN; SHARMA, 2010).

- Formulário estruturado IV: Vínculo entre o doente de TB e à equipe de saúde (ANEXO IV). Este formulário foi elaborado com base no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Starfield (2001), validado no

Brasil (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e adaptado para avaliar a atenção a TB no Brasil (VILLA; RUFFINO NETTO, 2009).

Este formulário contém escalas de classificação variadas como dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e desomatória (escala de Likert). Na escala de Likert, o valor zero será atribuído para a resposta *não sei*, o 99 para *não se aplica* e os valores de 1 a 5 registrarão o grau de relação de concordância das afirmações, sendo 5 a melhor resposta para vínculo.

Variáveis envolvidas no estudo

Quadro 1 – Variáveis relacionadas à medida de adesão ao tratamento medicamentoso da TB, conhecimento do doente sobre a doença e tratamento, e o vínculo com a equipe de saúde.

Formulários	Variáveis
<i>II - Medida de adesão ao tratamento medicamentoso da TB</i>	Conhecimento sobre a tuberculose;
	Conhecimento sobre o tratamento da tuberculose;
	Busca de informações sobre tuberculose em livros e/ou internet;
	Participação do doente nas decisões sobre o seu tratamento;
	Comparecimento às consultas agendadas;
	Uso dos remédios conforme as orientações dos profissionais de saúde;
	Evita parar de tomar os remédios da tuberculose;
	Busca por um serviço de saúde quando tem dúvidas a respeito do meu tratamento;
	Consegue identificar a melhora ou piora dos meus sintomas durante o tratamento;
	Sabe o que deve fazer se os meus sintomas piorarem;
	Consegue dedicar um tempo para o cuidado da sua saúde;
	Evita consumir cigarro;
	Evita consumir álcool;
	Incentiva os familiares a procurar o serviço de saúde para realizar exames da tuberculose;
	Busca apoio para continuar o tratamento da tuberculose;
	Busca participar de algum grupo de apoio;
<i>III – Conhecimento do doente de TB sobre a doença e tratamento</i>	Conhecimento sobre a transmissibilidade da tuberculose de uma pessoa para outra;
	Cura da tuberculose;
	Conhecimento sobre o tempo de tratamento;
	Interesse em buscar informações fora do serviço de saúde;
<i>IV – Vínculo entre o doente de TB e à equipe de saúde</i>	Profissional de referência quando possui algum problema relacionado ao seu tratamento;
	Consulta com o mesmo profissional de saúde;
	Compreensão pelos profissionais de saúde quando o doente fala de seus

	problemas e/ou tem alguma queixa;
	Tempo destinado para o doente expor suas dúvidas e preocupações durante as consultas médicas;
	TDO realizados pelo mesmo profissional de saúde;
	Tempo destinado para o doente expor suas dúvidas e preocupações durante o TDO;
	Vontade de realizar o acompanhamento de sua enfermidade em outra unidade de saúde;
	Acolhimento pelos profissionais de saúde durante o TDO;
	Procura pelo serviço de saúde quando tem dúvidas a respeito do tratamento;
	Busca por ajuda se os sintomas piorassem.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, a lista dos doentes de TB em tratamento no município foi conseguida junto à coordenadora do Programa Municipal de Controle da TB.

Para a realização das entrevistas, os doentes inicialmente eram contatados por telefone (quando possuíam) para convidá-los a participar da pesquisa. Quando não possuíam telefone, o convite era feito diretamente no domicílio do doente, local de realização da maioria das entrevistas, onde após serem dadas orientações sobre os objetivos do estudo e a confidencialidade das entrevistas, era solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO VI). A realização da maioria das entrevistas no domicílio dos doentes pela própria pesquisadora e por duas alunas de Iniciação Científica permitiram a compreensão do contexto local e social de onde viviam tais doentes.

Além das entrevistas, os dados clínicos relacionados aos doentes de TB, contidos no bloco A do formulário I, foram coletados de fontes secundárias, utilizando o sistema de informação estadual de notificação de TB – TBWEB, exclusivo do Estado de São Paulo, o qual reúne informações referentes aos doentes de TB notificados em um único arquivo, via internet.

Dentre os aspectos facilitadores da coleta de dados destaca-se a parceria com os serviços de saúde, equipes gestoras e técnicas dos ambulatórios de referência; bem como reuniões periódicas para discussões operacionais dos serviços de saúde. Enquanto que as dificuldades enfrentadas referem-se à ausência de contato telefônico para agendamento da entrevista, elevada rotatividade de

endereço dos doentes e a não atualização deste, domicílios de difícil acesso, recusa em participar da pesquisa devido ao estigma, elevado número de moradores de rua e pacientes internados em outro município, dificultando sua localização.

3.6 Plano de Análise

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados através do programa Statistica, versão 10.0 da Statsoft. Os procedimentos estatísticos utilizados nesta pesquisa foram: distribuição de frequência, medidas de tendência central e variabilidade, Análise de Agrupamentos e Análise de Correspondência Múltipla (ACM).

Para atender o 1º e 2º objetivo específico utilizou-se técnicas estatísticas descritivas para caracterizar os indivíduos em relação ao perfil sócio demográfico e clínico, bem como descrever a organização da assistência aos doentes de TB em tratamento.

Para analisar a adesão do doente ao tratamento da TB (3º objetivo), foram construídos indicadores, obtidos a partir dos valores médios das respostas para cada variável de adesão, os quais se constituíram pela somatória das respostas para cada item do formulário dividido pelo total de doentes de TB entrevistados. Os indicadores foram classificados como satisfatório (valor médio de 0 a 4) e insatisfatório (valor médio de 4 a 8). Calcularam-se ainda os intervalos de confiança para cada valor médio com nível de significância estatística de 5%.

Para o alcance do 4º objetivo, inicialmente realizou-se Análise de Agrupamento pelo método não hierárquico (*k-means*) para associar os indivíduos semelhantes quanto à adesão ao tratamento, de modo que se pretendia obter um número mínimo de grupos. A Análise de Agrupamentos se trata de uma técnica multivariada cujo objetivo é formar conglomerados (grupos) relativamente homogêneos segundo suas características e, portanto, diferente dos demais (HAIR et al., 2009).

Por fim, utilizou-se a ACM para verificar a relação entre os grupos (formados na Análise de Agrupamento) de adesão ao tratamento da TB com o conhecimento dos doentes e o vínculo com a equipe de saúde.

Para isso, inicialmente, foi construída uma tabela do tipo R (n filas e s colunas com termo geral r_{ij} , no qual a categoria da variável j representa o indivíduo i) com

os dados do formulário, sendo s o número de variáveis categóricas e n o número de participantes. A partir desta tabela, obteve-se uma tabela simétrica de ordem (Tabela de Burt, 9 linhas x 9 colunas para o conhecimento dos doentes de TB, e 30 linhas x 30 colunas para o vínculo entre o doente e à equipe/serviços de saúde), que representa o cruzamento de todas as categorias de respostas dos participantes. Assim, no cruzamento da categoria i de uma variável com a categoria j de outra variável, encontra-se a frequência absoluta de casos k ($i \times j$) em que duas categorias ocorrem simultaneamente.

Para obter planos que representam a configuração das categorias das variáveis no espaço, foram calculadas dimensões derivadas, cada uma maximizando uma parcela da variabilidade dos dados. O conjunto dessas dimensões define o espaço multidimensional e, apesar de serem habituais duas ou três dimensões, é necessário validar a escolha. Assim, sugere-se a análise do decrescimento dos valores próprios (eigenvalues), privilegiando as dimensões que antecedem decidas significativas nestes valores. Os valores próprios quantificam as variabilidades dos dados explicadas para cada dimensão e variam entre zero e um (CARVALHO, 2004).

As Figuras 1 e 2 mostram o decrescimento dos valores próprios, no qual foi privilegiado as dimensões 1 e 2, visto que os outros decréscimos foram pouco significativos.

Figura 1. Decrescimento dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da Análise de Correspondência Múltipla – conhecimento dos doentes de TB.

Figura 2. Decréscimo dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da Análise de Correspondência Múltipla – vínculo entre o doente e à equipe de saúde.

Para identificar a combinação de variáveis que apresentasse maior estabilidade no espaço multidimensional e explicasse o maior percentual de variabilidade do conjunto de dados, foi determinada uma matriz de valores próprios que corresponde ao valor do cosseno ao quadrado (Cos^2) do ângulo que a variável faz com a respectiva dimensão. Nesta matriz foi possível evidenciar quais variáveis pertencem a cada dimensão levando em consideração a dimensão que apresenta a maior contribuição absoluta (Cos^2) (CARVALHO, 2004). A contribuição absoluta é o somatório das contribuições relativas de todas as categorias de uma variável. A análise da contribuição absoluta juntamente com a observação da posição no gráfico, em relação aos eixos, auxilia a interpretação das dimensões derivadas e contribuem para caracterizar os eixos conceitualmente.

As variáveis que pertenciam a cada dimensão foram identificadas conforme a maior contribuição absoluta (Cos^2) (Quadro 2). Dessa forma, na primeira etapa no que diz respeito ao conhecimento do doente de TB sobre a doença e tratamento, a dimensão 1 foi composta por variáveis relacionadas à “cura da TB” e “tempo de tratamento da TB”. Enquanto que a dimensão 2 foi composta pelas variáveis “transmissibilidade da TB” e “busca por informações fora do serviço de saúde”.

Na segunda etapa, no que concerne ao vínculo entre o doente de TB com a equipe de saúde, a dimensão 1 foi composta por variáveis relacionadas à “frequência de um profissional de referência a quem procura quando possui algum problema relacionado ao seu tratamento”, “frequência de atendimento pelo mesmo profissional de saúde durante as consultas médicas”, “frequência com que se sente compreendido pelos profissionais de saúde quando fala de seus problemas ou tem alguma queixa”, e “tempo disponibilizado para atendimento durante as consultas médicas para falar sobre suas dúvidas e preocupações”. Em relação à dimensão 2 foi composta por variáveis relacionadas à “procura pelo serviço de saúde quando tem dúvidas sobre o seu tratamento”.

Quadro 2 – Medidas de correlação (Cos2) para as categorias das variáveis que representam os itens do questionário e suas dimensões associadas no plano fatorial. Ribeirão Preto, 2012.

Formulário	Variável	Categoria	Cos ² Dimensão 1	Cos ² Dimensão 2	Dimensão
III – Conhecimento do doente de TB sobre a doença e tratamento	C.1 – questionamento sobre a transmissibilidade da TB.	NS – Não sei	0,407	0,001	2
		N – Não	0,007	0,486	
		S – Sim	0,294	0,282	
	C.2 – questionamento sobre a cura da TB.	NS – Não sabia	0,505	0,049	1
		S – Sim, sabia	0,505	0,049	
	C.3 – questionamento sobre o tempo de tratamento da TB.	NS – Não sabia	0,507	0,036	1
		S – Sim, sabia	0,507	0,036	
	C.4 – questionamento sobre a busca por informações fora do serviço de saúde.	N – Não	0,055	0,534	2
		S – Sim	0,055	0,534	
IV – Vínculo entre o doente de TB e à equipe de saúde	V.1 – questionado sobre a frequência de um profissional de referência a quem procura quando possui algum problema relacionado ao seu tratamento.	1 – Nunca/quase nunca	0,111	0,020	1
		2 – Às vezes	0,348	0,071	
		3 – Sempre/quase sempre	0,501	0,017	
	V.2 – questionado sobre a frequência de atendimento pelo mesmo profissional de saúde durante as consultas médicas.	1 – Nunca/quase nunca	0,162	0,409	1
		2 – Às vezes	0,449	0,102	
		3 – Sempre/quase sempre	0,664	0,018	
	V.3 – questionado sobre a frequência com que se sente compreendido pelos profissionais de saúde quando fala de seus problemas ou tem alguma queixa.	1 – Nunca/quase nunca	0,027	0,730	1
		2 – Às vezes	0,676	0,048	
		3 – Sempre/quase sempre	0,694	0,018	

	V.4 – questionado sobre o tempo disponibilizado para atendimento durante as consultas médicas para falar sobre suas dúvidas e preocupações.	1 – Nunca/quase nunca	0,026	0,663	1
		2 – Às vezes	0,726	0,036	
		3 – Sempre/quase sempre	0,756	0,003	
	V.9 – questionado sobre a procura pelo serviço de saúde quando tem dúvidas sobre o seu tratamento.	N – Não	0,050	0,081	2
		S – Sim	0,050	0,081	

As variáveis relacionadas ao conhecimento do doente de TB, bem como ao vínculo com a equipe de saúde foram localizadas por meio de coordenadas em dois planos fatoriais, respectivamente, e verificadas suas associações com a adesão ao tratamento, os quais estão apresentados nos resultados deste estudo.

As categorias de variáveis que apresentam menores valores próprios possuem menor estabilidade no espaço multidimensional e, por isso, foram desconsideradas da ACM. São elas: “V7 - vontade de realizar o acompanhamento da enfermidade em outra unidade de saúde” e “V10 - lugar que buscaria ajuda se os sintomas piorassem”. Além disso, as variáveis “V5 - frequência com que é atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o TDO”, “V6 - frequência com que o tempo disponibilizado ao atendimento durante o TDO é suficiente para falar sobre dúvidas e preocupações” e “V8 - sentimento de acolhimento pelos profissionais de saúde durante o TDO” não foram consideradas nesta análise por considerar apenas parte dos doentes entrevistados. Tais variáveis foram analisadas separadamente de forma descritiva.

3.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, protocolo 1264/2011 (ANEXO V), atendendo às recomendações contidas na resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde e das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

4.1 Características da população de estudo

Em relação à idade, a mediana foi de 38 anos ($dp = \pm 16,91$ anos), sendo a idade mínima de 18 anos e máxima de 92 anos. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (62,2%), com ensino fundamental incompleto (62,2%) e vínculo empregatício (52,8%), conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados, segundo as características sócio-demográficas dos doentes de TB.

Características sociodemográficas		Doentes (N=127)	
		n	%
Sexo	Masculino	79	62,2
	Feminino	48	37,8
Escolaridade	Sem escolaridade	6	4,7
	Ens. Fund. Incompleto	79	62,2
	Ens. Fund. Completo	18	14,2
	Ens. Médio	18	14,2
	Ens. Superior	6	4,7
Empregabilidade	Empregado/Autonômico/Afastado	67	52,8
	Desempregado(a)	35	27,6
	Aposentado	21	16,5
	Do lar	4	3,1

Houve predomínio da forma clínica pulmonar (83,5%), caso novo (93,6%), ao mesmo tempo em que 54,3% não apresentavam comorbidades, sendo 22% coinfectados TB/HIV (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos entrevistados, segundo as características clínicas dos doentes de TB.

Características clínicas		Doentes (N=127)	
		n	%
Forma Clínica	Pulmonar	106	83,5
	Extrapulmonar	19	15,0
	Pulmonar + Extrapulmonar	2	1,5
Tipo de Caso	Novo	119	93,6
	Retratamento por recidiva	4	3,2
	Retratamento por abandono	4	3,2
Comorbidades*	Nenhuma	69	54,3
	Coinfecção TB/HIV	28	22,0
	HAS	18	14,2
	Diabetes Mellitus	16	12,6
	Doença respiratória	11	8,7

	Transtorno Mental	4	3,2
	Dislipidemia	3	2,4
	Outras	9	7,1

*Alguns entrevistados (n=35) referiram mais de uma comorbidade.

Fonte: TBWEB

4.2 Caracterização do tratamento da TB

A maioria dos doentes entrevistados (66,9%) iniciou o tratamento da TB em um ambulatório de referência, e o faz na mesma unidade.

Além disso, conforme mostra à Tabela 3, a maioria dos entrevistados recebem a medicação em domicílio (84,3%), de 3 a 5 vezes por semana (78,0%) sob supervisão da ingesta medicamentosa pelo profissional de saúde (76,3%), na mesma frequência (73,2%), sem queixas em relação ao horário da tomada da medicação (96,8%). No que se refere aos incentivos, 89,0% recebem cesta básica.

Tabela 3. Distribuição dos entrevistados, segundo as características do tratamento da TB.

Características do tratamento da TB		Doentes (N=127)	
		n	%
Onde pega a medicação	Recebe em casa	107	84,3
	No serviço de saúde	20	15,7
Quantas vezes pega ou recebe a medicação	1 a 2x/semana	20	15,7
	3 a 5x/semana	99	78,0
	Quinzenalmente	6	4,7
	Mensalmente	1	0,8
	1x/45dias	1	0,8
Quem observa a ingesta medicamentosa	Profissional da saúde	97	76,3
	Ninguém	19	15,0
	Familiares	11	8,7
Quantas vezes alguém observa a ingesta medicamentosa	1 a 2x/semana	2	1,6
	3 a 5x/semana	93	73,2
	7x/semana	15	11,8
	Nenhuma	17	13,4
Gostaria de ingerir a medicação em um horário diferente	Não	123	96,8
	Sim	4	3,2
Recebe incentivo*	Cesta Básica	113	89,0
	Leite	99	77,9
	Vale transporte	16	12,6
	Nenhum	10	7,9

*Alguns entrevistados (n=105) responderam mais de uma alternativa.

4.3 Análise da adesão ao tratamento da TB

Na figura 3, observa-se a distribuição das médias dos escores de acordo com cada variável da adesão dos doentes de TB.

Legenda: A.1 Conhecimento sobre a tuberculose; A.2 Conhecimento sobre o tratamento da tuberculose; A.3 Busca de informações sobre tuberculose em livros e/ou internet; A.4 Participação do doente nas decisões sobre o seu tratamento; A.5 Comparecimento às consultas; A.6 Faz uso dos remédios conforme as orientações dos profissionais de saúde; A.7 Evita parar de tomar os remédios da tuberculose; A.8 Busca por um serviço de saúde quando tem dúvidas a respeito do meu tratamento; A.9 Consegue identificar a melhora ou piora dos meus sintomas durante o tratamento; A.10 Sabe o que deve fazer se os meus sintomas piorarem; A.11 Consegue dedicar um tempo para o cuidado da sua saúde; A.12 Evita consumir cigarro; A.13 Evita consumir álcool; A.14 Incentiva os familiares a procurar o serviço de saúde para realizar exames da tuberculose; A.15 Busca apoio para continuar o tratamento da tuberculose; A.16 Busca participar de algum grupo de apoio.

Categorias de resposta: 0 – sempre/muito bom; 4 – às vezes/regular; 8 – nunca/muito ruim.

Figura 3. Distribuição das médias e intervalos de confiança das variáveis de adesão ao tratamento dos doentes de TB entrevistados.

Nesse sentido, os indicadores que apresentaram valores médios próximos a satisfatórios foram: “A.1 Conhecimento sobre a tuberculose”, “A.2 Conhecimento sobre o tratamento da tuberculose”, “A.5 Comparecimento às consultas”, “A.6 Faz uso dos remédios conforme as orientações dos profissionais de saúde”, “A.7 Evita parar de tomar os remédios da tuberculose”, “A.8 Busca por um serviço de saúde quando tem dúvidas a respeito do meu tratamento”, “A.9 Consegue identificar a melhora ou piora dos meus sintomas durante o tratamento”, “A.10 Sabe o que deve

fazer se os meus sintomas piorarem”, “A.11 Consegue dedicar um tempo para o cuidado da sua saúde”, “A.12 Evita consumir cigarro”, “A.13 Evita consumir álcool” e “A.14 Incentiva os familiares a procurar o serviço de saúde para realizar exames da tuberculose”.

Os indicadores insatisfatórios de adesão encontrados no município são “A.3 Busca de informações sobre tuberculose em livros e/ou internet”, “A.4 Participação do doente nas decisões sobre o seu tratamento”, “A.15 Busca apoio para continuar o tratamento da tuberculose” e “A.16 Busca participar de algum grupo de apoio”.

4.4 Análise da associação entre a adesão e as variáveis do estudo

A partir da Análise de Agrupamento pelo método não-hierárquico, formaram-se dois grupos, cujas médias padronizadas das variáveis de adesão dos doentes de TB ao tratamento são apresentadas na Figura 4. Por estas médias, o grupo 2 foi classificado como satisfatório e envolveu a maioria dos entrevistados (52,8%).

Legenda: A.1 Conhecimento sobre a tuberculose; A.2 Conhecimento sobre o tratamento da tuberculose; A.3 Busca de informações sobre tuberculose em livros e/ou internet; A.4 Participação do doente nas decisões sobre o seu tratamento; A.5 Comparecimento às consultas; A.6 Faz uso dos remédios conforme as orientações dos profissionais de saúde; A.7 Evita parar de tomar os remédios da tuberculose; A.8 Busca por um serviço de saúde quando tem dúvidas a respeito do meu tratamento; A.9 Consegue identificar a melhora ou piora dos meus sintomas durante o tratamento; A.10 Sabe o que deve fazer se os meus sintomas piorarem; A.11 Consegue dedicar um tempo para o cuidado da sua saúde; A.12 Evita consumir cigarro; A.13 Evita consumir álcool; A.14 Incentiva os familiares a procurar o serviço de saúde para realizar exames da tuberculose; A.15 Busca apoio para continuar o tratamento da tuberculose; A.16 Busca participar de algum grupo de apoio.

* Variáveis circuladas não apresentam diferenças estatisticamente significantes na Análise de Variância ($p > 0,05$).

Figura 4. Distribuição das médias padronizadas das variáveis da adesão dos doentes de TB em cada grupo pela Análise de Agrupamento pelo método não-hierárquico.

Na Figura 4, os grupos formados apresentam médias padronizadas diferentes no que diz respeito à adesão ao tratamento da TB, exceto três variáveis (V6, V9 e V16), no que se refere à ingestão da medicação da TB conforme as orientações dos profissionais de saúde, à identificação da melhora ou piora dos sintomas durante o tratamento, bem como à participação de alguma atividade em grupo, seja no serviço de saúde ou na comunidade ($p=0,052$, $p=0,17$ e $p=0,93$, respectivamente).

Na figura 5, pela análise do plano fatorial, a variabilidade dos dados é explicada por 29,86% na dimensão 1, e 22,27% na dimensão 2. Todas as variáveis que se relacionam com ter conhecimento sobre a doença estavam no lado positivo da dimensão 1 ou no lado negativo da dimensão 2, onde também se encontra o grupo 2 (Adesão Satisfatória), mostrando associação entre eles. Características contrárias do conhecimento estiveram associadas ao grupo 1 (Adesão Insatisfatória).

Legenda: C.1 Conhecimento sobre a transmissibilidade da TB de uma pessoa para outra; C.2 Conhecimento sobre a cura da TB; C.3 Conhecimento sobre o tempo de tratamento; C.4 Interesse em buscar informações fora do serviço de saúde.

Figura 5. Plano fatorial com as variáveis de conhecimento dos doentes de TB entrevistados com os grupos de adesão.

Na figura 6, no lado positivo da dimensão 1 e no lado negativo da dimensão 2 encontram-se variáveis que representam melhor vínculo dos doentes de TB com a

equipe de saúde. Tais variáveis estão associadas ao grupo 2 (Adesão Satisfatória). Características contrárias ao vínculo estão associadas ao grupo 1 (Adesão Insatisfatória).

Legenda: V.1 Profissional de referência que procura quando possui algum problema relacionado ao seu tratamento; V.2 Frequência pelo qual o doente de TB é atendido pelo mesmo profissional de saúde durante as consultas médicas; V.3 Frequência com que o doente de TB se sente compreendido pelos profissionais de saúde quando fala de seus problemas ou tem alguma queixa; V.4 Frequência com que o tempo disponibilizado ao atendimento do doente durante as consultas é suficiente para falar suas dúvidas e preocupações; V.9 Procura pelo serviço de saúde quando tem dúvidas sobre o seu tratamento.

*Categorias de resposta: 1- Nunca/quase nunca; 2- Às vezes; 3- sempre/quase sempre; N- Não; S- Sim.

Figura 6. Plano fatorial com as variáveis de vínculo entre doentes de TB entrevistados e equipe de saúde com os grupos de adesão.

As variáveis de vínculo V5, V6 e V8 foram analisadas separadamente, uma vez que alguns entrevistados não realizavam TDO (6,3%). Assim, dentre aqueles que o realizavam, a maioria era atendido pelos mesmos profissionais de saúde (69,3%); com tempo suficiente para que o doente de TB falasse sobre suas dúvidas e preocupações (87,4%); fazendo-o se sentir acolhido (92,9%).

Outras duas variáveis de vínculo (V7, V10) não analisadas pela ACM mostram que os doentes de TB não sentiam vontade de realizar o acompanhamento da sua enfermidade em outra unidade de saúde (96,8%) e que procurariam por este serviço na piora dos sintomas (81,1%).

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, o perfil sociodemográfico encontrado entre os doentes de TB entrevistados corrobora com os achados da literatura, que evidenciam predomínio no sexo masculino, faixa etária reprodutiva e economicamente ativa, baixa escolaridade, e acesso a alguma fonte de renda (QUEIROZ, 2008; LAURANTE et al., 2010; VIEIRA; RIBEIRO, 2011; HINO et al., 2011; FERREIRA et al., 2011; HECK et al., 2011; CRUZ-MARTÍNEZ et al., 2011; OLIVEIRA, 2012).

No entanto, ao analisar o perfil da população em geral de Ribeirão Preto, é possível observar que a razão entre a população feminina e masculina geral do município (1:0,9) (SEADE, 2013) é diferente da razão entre os sexos nos indivíduos estudados (1:1,6). Assim, verifica-se que o sexo masculino se constitui como um aspecto determinante da doença.

Em relação à escolaridade da população do município, em 2010, Ribeirão Preto possuía taxa de analfabetismo de 2,91% entre a população de 15 anos ou mais, e 61,1% de indivíduos de 18 a 24 anos com o ensino médio completo (SEADE, 2013). Entre os doentes entrevistados, a maior parte tinha ensino fundamental incompleto e, desta forma, confirma-se que a TB vem atingindo indivíduos mais desfavorecidos socialmente.

Em relação aos aspectos clínicos encontrados neste estudo, com predomínio da forma clínica pulmonar, caso novo, coinfeção TB/HIV em torno de 20%, os mesmos condiz com a tendência que o município vem seguindo desde 2001 (DATASUS, 2013) e com os achados na literatura (COSTA et al., 2011; VIEIRA; RIBEIRO, 2011; HECK et al., 2011; HINO et al., 2011; OLIVEIRA, 2012).

Nesse sentido, os serviços de saúde devem estar atentos e preparados para diagnosticar os casos de TB entre os indivíduos que mantêm vínculo com o serviço e apresentam sintomas respiratórios, já que a maioria dos doentes tem a forma clínica pulmonar e quase metade apresentam coinfeção com HIV ou outras comorbidades.

No que se refere à caracterização do tratamento da TB, verificou-se que a maioria dos entrevistados realizava o tratamento no mesmo serviço de saúde em que iniciou. Esse dado mostra uma potencialidade da organização da assistência para o acompanhamento do doente de TB, uma vez que favorece o estabelecimento

do vínculo com a equipe de saúde, facilitando a adesão ao tratamento e a procura pelo serviço (PONCE et al., 2011).

Outra potencialidade se relaciona ao recebimento da medicação em domicílio durante a realização TDO geralmente de 3 a 5 vezes por semana. Este contato com a realidade/contexto do doente de TB e sua família permite o estabelecimento de prioridades e estratégias para uma abordagem integral ao indivíduo, ao mesmo tempo em que acolhe e forma vínculo com o doente, fazendo-o se sentir seguro e participativo no cuidado a sua saúde.

Em função da precariedade das condições de vida da maioria dos doentes de TB, verifica-se que no município de estudo são fornecidos incentivos, em especial cesta básica e leite, que acaba por colaborar com o tratamento do doente e a situação econômica da família (CANTALICE FILHO, 2009; VIEIRA; RIBEIRO, 2011).

Na análise da adesão ao tratamento, em suas múltiplas dimensões, observou-se que os melhores indicadores relacionavam-se às questões que envolvem o conhecimento do doente, bem como atitudes que melhoram ou mantem a sua saúde e comparecimento ao serviço de saúde. Os indicadores insatisfatórios para adesão diziam respeito ao interesse do doente na busca por apoio, atividades em grupo e mais informações, além da participação nas decisões sobre o seu tratamento.

Tal realidade mostra o baixo desenvolvimento de autonomia nos doentes, comprometendo a cogestão e responsabilização pelo tratamento, e consequentemente a adesão na medida em que o doente de TB não apresenta interesse na busca por estratégias que o auxiliem a continuar o tratamento ou participar das decisões sobre o mesmo.

Observou-se no estudo que quase metade dos doentes entrevistados foram agrupados como insatisfatórios para a adesão, os quais estiveram associados às variáveis que envolvem o menor conhecimento sobre a doença e o tratamento (Figura 5), bem como às variáveis relacionadas com o menor vínculo com a equipe de saúde (Figura 6).

Assim, ter conhecimento sobre a TB é fator chave para influenciar diretamente a adesão ao tratamento, uma vez que os doentes reconhecem a gravidade da doença e não interrompem o tratamento na melhora dos sintomas, pois reconhecem a importância da cura e realizam o tratamento adequado de forma

contínua (SIQUEIRA et al., 2008; SOUZA et al., 2009; LAURANTE et al., 2010; CRUZ-MARTÍNEZ et al., 2011; COSTA et al., 2011).

Desse modo, incumbe aos profissionais de saúde o reconhecimento de que as informações acerca da doença são tão essenciais quanto à supervisão da ingesta medicamentosa, tendo em vista que se trata de uma doença curável, se realizado o tratamento regularmente. Além disso, é importante realizar orientações sobre a transmissão e o tratamento da doença, a fim de possibilitar a interrupção da cadeia de transmissão e a resistência do bacilo, se houver a adesão do doente (SIQUEIRA et al., 2008).

Outro elemento fundamental é a inclusão das famílias, uma vez que é nela em que o paciente pode buscar apoio para sua reabilitação. Desse modo, desenvolver atividades educativas com os familiares é relevante, principalmente durante o TDO, haja vista que se constitui como fonte de suporte para possibilitar adesão, auxiliando no tratamento (COSTA et al., 2011; HECK et al., 2011).

O conhecimento ainda tende a melhorar em decorrência do fortalecimento do vínculo, uma vez que o doente passa a entender a importância do tratamento, bem como confiar e seguir as orientações feitas pelo profissional, facilitando o relacionamento entre ambos na busca de soluções dos problemas e na melhoria dos serviços; tornando-se imprescindível para a adesão ao tratamento (BRUNELLO et al., 2009; CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

A partir do vínculo, pode ocorrer o estabelecimento de relações de escuta, diálogo e respeito, manifestado em atitudes baseadas no cuidado e na confiança quando o doente se percebe aceito e próximo dos profissionais que se responsabilizam pelo seu bem-estar, além de incentivar a autonomia e o cuidado com a sua saúde (STARFIELD, 2002; GOMES; SÁ, 2009; BRUNELLO et al, 2010).

Esses dados apontam que as relações interpessoais são aspectos facilitadores para a adesão, uma vez que beneficia a participação do doente, bem como facilita a avaliação da evolução dos problemas identificados anteriormente e dos fatores de risco para o abandono do tratamento. Além disso, essa relação pode ser fortalecida pelo TDO, na medida em que demanda maior aproximação com o contexto social em que o doente está inserido, exigindo confiança e familiaridade – promotoras de vínculo e do cuidado singular; deixando de serem questões superficiais, e construindo novas práticas na busca da melhoria da qualidade da

assistência (QUEIROZ, 2008; GOMES; SÁ, 2009; BRUNELLO et al., 2009, 2010; PONCE et al., 2011; FERREIRA; ENGSTRON; ALVES, 2012).

O tratamento da TB exige mudança no comportamento dos doentes, como não fazer uso de substâncias químicas (como álcool e/ou tabaco), manter uma alimentação adequada e ingerir os medicamentos em horário adequado mesmo com a ausência dos sintomas após um período de tratamento. Dessa forma, a responsabilização pela adesão não deve ser apenas do indivíduo, mas sim compartilhada com a equipe de saúde e familiares, pois este processo inclui características complexas, requerendo a participação de todos.

Destaca-se ainda que a adesão reflete diretamente a aceitação e o entendimento que o doente, família e comunidade têm sobre a doença e tratamento, bem como o incentivo dos profissionais em motivar este doente para o sucesso do tratamento, ressaltando a importância da equipe multidisciplinar para o entendimento e acompanhamento das necessidades socioeconômicas e aspectos culturais que contribuem para o agravamento da doença e impedem a adesão ao tratamento (FERREIRA; ENGSTRON; ALVES, 2012).

No município do estudo alguns aspectos são componentes em potencial para garantir a educação em saúde aos pacientes e familiares sobre TB, bem como para o fortalecimento do vínculo entre doente e equipe de saúde, dentre os quais se destaca que a maioria dos doentes realiza o TDO e baciloscopias de controle em domicílio, com acompanhamento realizado por equipes fixas e capacitadas, além do suporte do serviço social. Ao mesmo tempo, ressalta-se a facilidade dos doentes de TB em contactar a equipe de saúde através do telefone ou comparecendo no serviço mesmo sem agendamento prévio para maiores esclarecimentos e em caso de intercorrências.

Dentre os aspectos que se apresentam como desafios para os serviços de saúde em relação ao conhecimento e vínculo destacam-se o perfil dos doentes de TB, cuja maioria da população apresenta baixa escolaridade, reside em áreas de risco social ou na rua e/ou são usuários de álcool e drogas, como observado durante a coleta de dados. Para o doente, um aspecto que dificulta o vínculo refere-se à distância do serviço de saúde em relação a sua residência, uma vez que o atendimento é realizado em unidades distritais. Para a equipe, o atendimento a

outras especialidades/áreas além da TB pode gerar uma sobrecarga de funções e prejuízos ao cuidado dos casos.

Portanto, a adesão ao tratamento envolve confiança entre os usuários e equipe de saúde, com compartilhamento de conhecimento e informações entre ambos. Além disso, a adesão ao tratamento deve ser considerada como prioridade nos serviços de saúde, principalmente no atendimento às condições crônicas, como a TB, cujo impacto é elevado e requer um modelo de atenção adequado para atender as necessidades da população em sua integralidade, uma vez que sua maioria apresenta comorbidades, atinge indivíduos socialmente desfavorecidos e envolve um tratamento longo (mesmo na ausência de sintomas) geralmente com efeitos colaterais.

Como limitações deste estudo, reconhece-se a não localização dos doentes de TB considerados vulneráveis (principalmente os moradores de rua) e/ou que estavam sob regime de internação em outro município (usuários de droga), os quais poderiam apontar aspectos essenciais e determinantes da não adesão ao tratamento.

6 CONCLUSÕES

Os resultados apontados neste estudo permitem inferir a qualidade da organização dos serviços de saúde e comprometimento da equipe para que a metade dos doentes de TB entrevistados fosse categorizada como satisfatória para a adesão ao tratamento. Destaca-se como elemento essencial neste processo o conhecimento dos doentes sobre TB e o vínculo estabelecido com a equipe de saúde, os quais podem ocorrer e se fortalecer nas visitas mensais aos serviços, bem como durante o TDO em domicílio.

Entretanto, o elevado número de doentes categorizados em insatisfatório para a adesão ao tratamento no município de Ribeirão Preto impõe desafios aos profissionais de saúde no sentido de garantir a integralidade da atenção e desenvolver habilidades para atender as reais necessidades de saúde dos doentes de TB enquanto uma condição crônica, além de estabelecer uma relação harmoniosa entre usuário e equipe de saúde, com compartilhamento de informações e estímulo à autonomia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle de tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Especial Tuberculose**. Volume 43. Março – 2012.

BRUNELLO, M. E. F.; CERQUEIRA, D. F.; PINTO, I. C.; ARCÊNIO, R. A.; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T. C. S.; SCATENA, L. M. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta paul. enferm**;22(2):176-182, 2009.

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G.; ANDRADE, R. L. P.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm**;23(1):131-135, 2010.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J Bras Pneumol**. 2011;37(6):776-782.

CANTALICE FILHO, J. P. Food baskets given to tuberculosis patients at a primary health care clinic in the city of Duque de Caxias, Brazil: effect on treatment outcomes. **J BrasPneumol**.2009;35(10):992-7.

CARVALHO, H. **Análise multivariada de dados qualitativos**. Lisboa: Edições Silabo, 2004.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 599-406.

COSTA, S. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; TEIXEIRA, T. P.; LEIVAS, V. A.; CÉZAR-VAZ, M. R. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1427-1435, 2011.

CRUZ MARTÍNEZ, O. A.; FLÓREZ SUANCHA, E. L.; MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I. Conocimientos sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D. C. **Av. enferm**;29(1):143-151, ene.-jun. 2011.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. 2013. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 17 jul. 2013.

FELIX, G.; CEOLIM, M. F. O perfil da mulher portadora de HIV/aids e as adesão à terapêutica antirretroviral. **Revista Escola de Enfermagem USP** 2012;46(4):884-91.

FERREIRA, V.; BRITO, C.; PORTELA, M.; ESCOSTEGUY, C.; LIMA, S. DOTS in primary care units in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. **Rev. saúde pública. J. public health**;45(1):40-48, Feb. 2011.

FERREIRA, J.; ENGSTRON, E.; ALVES, L. C. Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro: as razões do im(provável). **Cad. saúde colet.**, (Rio J.);20(2), abr. 2012.

FIGUEIREDO, T. M. R. M.; PINTO, M. L.; CARDOSO, M. A. A.; SILVA, V. A. Desempenho no Estabelecimento do Vínculo nos Serviços de Atenção à Tuberculose. **Rev Rene, Fortaleza**, 2011; 12(n. esp.):1028-35.

FILHO, M. P. S.; LUNA, I. T.; SILVA, K. L.; PINHEIRO, P. N. C. Pacientes vivendo com HIV/ AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):139-145.

FREITAS, I. M.; CRISPIM, J. A.; PINTO, I. C.; VILLA, T. C. S.; BRUNELLO, M. E. F.; PINTO, P. F. P. S.; ARCÊNCIO, R. A. Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 642-9.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Índice paulista de responsabilidade social**. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/web/forum/iprs03/index_iprs.htm>. Acesso em: 18 set. 2013.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**. 2009;43 (2):365-72.

GONÇALVES, H.; COSTA, J. S. D.; MENEZES, A. M. B.; KNAUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(4):777-787, out-dez, 1999.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B.; ANDERSON, R. A.; TATHAM, R. L. **Análise Multivariada de dados**. 6a ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HECK, M. A.; COSTA, J. S. D.; NUNES, M. F. Prevalência de abandono do tratamento da tuberculose e fatores associados no município de Sapucaia do Sul (RS), Brasil, 2000-2008. **Rev. bras. epidemiol**;14(3):478-485, set. 2011.

HINO, P.; CUNHA, T. N.; VILLA, T. C. S.; SANTOS, C. B. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1295-1301, 2011.

HINO, P.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R.; VILLA, T. C. S.; EGRY, E. Y. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan.-fev. 2012;20(1):[09 telas]

JIN, J.; SKLAR, G. E.; SEN-OH, V. M.; CHUEN LIN, S. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. **Therapeutics and Clinical Risk Management** 4(1):269-286, 2008.

KALIYAPERUMAL, K. **Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study**. AECS Illumination 2004; 4(1): 7-9.

LAKHAN, R.; SHARMA, M. A Study of Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Survey of Families Toward Their Children With Intellectual Disability in Barwani, India. **Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal**, vol. 21, no 2, 2010 (101-117).

LAURANTE, J.; REMUZGO, F.; GALLARDO, J.; TAYPE, L.; HUAPAYA, J.; CARRILLO, J.; NARRO, C.; NAVARRO, E.; BUSTOS, D.; PÉREZ, Y. Conocimiento y actitudes acerca de latransmisión y prevención de latuberculosis en pacientes contuberculosis multidrogorresistente. **Rev. peru. epidemiol.** (Online);14(1), 2010.

MACIEL, E. L. N.; ARAÚJO, W. K.; GIACOMIN, S. S.; JESUS, F. A.; RODRIGUES, P. M.; DIETZE, R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc. saúde coletiva**;14(supl.1):1395-1402, set.-out. 2009.

MARTÍNEZ, O. A. C.; SUANCHA, E. L. F.; SÁNCHEZ, A. I. M. Conocimientos sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D. C. **Avances en Enfermería**, XXIX (1): 143-151, 2011.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES *apud* GOMES et al, 2007 → GOMES, C. A. P. et al – **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte, Editora Fundação Ezequiel Dias, 2007.

MUSSI, T. V. F.; TRALDI, M. C.; TALARICO, J. N. S. Knowledge as a factor in vulnerability to tuberculosis among nursing students and professional. **RevEscEnferm USP** 2012; 46(3):696-703 www.ee.usp.br/reeusp/

NEVES, L. A. S.; REIS, R. K.; GIR, E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a coinfeção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. **RevEscEnferm USP** 2010; 44(4):1135-41. www.ee.usp.br/reeusp/

OLIVEIRA, R. A. **Representações e sentidos sobre a revelação do diagnóstico da tuberculose: relações com adesão ou não adesão ao tratamento** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

OROFINO, R. L.; BRASIL, P. E. A.; TRAJMAN, A.; SCHMALTZ, C. A. S.; DALCOLMO, M.; ROLLA, V. C. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. **J BrasPneumol**.2012;38(1):88-97.

QUEIROZ, R. **Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

QUEIROZ, R.; NOGUEIRA, P. A. Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.627-637, 2010.

QUEIROZ, E. M.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; FERREIRA, K. R.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**20(2):[08 telas] mar.-abr. 2012. www.eerp.usp.br/rlae

PONCE, M. A. Z.; VENDRAMINI, S. H. F.; SANTOS, M. R.; SANTOS, M. L. S. G.; SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. latinoam. enferm**;19(5):1222-1229, Sept.-Oct. 2011.

RODRIGUES, I. L. A.; MONTEIRO, L. L.; PACHECO, R. H. B.; SILVA, S. E. D. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, 2010, vol.44, n.2, pp 383-387.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Além da DOTS (DirectlyObservedTreatment Short-Course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 setembro-outubro; 17(5).

SINAN. Sistema de Notificação de Agravos de Notificação. Departamento de Vigilância à Saúde. Setor de vigilância epidemiológica. Núcleo de agravos notificáveis, 2013.

SIQUEIRA, H. R.; ANDRADE, E. T.; ANDRADE, I. M.; CHAUVET, P. R.; CAPONE, D.; RUFINO, R.; COSTA, C. H. O essencial na orientação do paciente com tuberculose. **Pulmão RJ**;17(1):42-45, 2008.

SOUZA, M. S. P. L.; PEREIRA, S. M.; MARINHO, J. M.; BARRETO, M. L. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev Saúde Pública**2009;43(6):998-1005.

SOUZA, K. M. J.; SÁ, L. D.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; FIGUEIREDO, D. A. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP** 2010; 44(4):904-11 www.ee.usp.br/reeusp/

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, Inglaterra, v. 13, n. 3, p. 545-566, 2001.

_____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, Unesco; 2002.

TERRA, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev. Latino-am Enfermagem** vol.4, n.16, 2008.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. **J. bras. pneumol**;37(2):223-231, mar.-abr. 2011.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J. bras. Pneumol.**, 2009, 35(6):610-612, 2009.

WILLIAMS, G.; ALARCON, E.; JITTIMANEE, S.; WALUSIMBI, M.; SEBEK, M.; BERGA, E.; VILLA, T. C. S. **Best practice for the care of patients with tuberculosis: a guide for Low-Income Countries**. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union), 2007, v.6. 79p.

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

_____. **A Guide to Developing Knowledge, Attitude and Practice Surveys**, 2008.

_____. **Global Tuberculosis Control: report.** Geneva: WHO, 2012.

ANEXOS

ANEXO I

FORMULÁRIO ESTRUTURADO I: Caracterização dos Doentes e o Tratamento de Tuberculose

Número do formulário: _____	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____
Horário de início da entrevista: _____	Local da coleta: _____
Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista ☐ Sim ☐ Não Justificar: _____	

DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Fontes Secundárias: _____					
1.	Iniciais do nome do entrevistado: _____				
2.	Forma Clínica da Tuberculose <table border="1" style="width: 95%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1 ( ) Pulmonar</td> </tr> <tr> <td>2 ( ) Extrapulmonar (_____)</td> </tr> </table>	1 ( ) Pulmonar	2 ( ) Extrapulmonar (_____)		
1 ( ) Pulmonar					
2 ( ) Extrapulmonar (_____)					
3.	Tipo de Caso <table border="1" style="width: 95%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1 ( ) Novo</td> </tr> <tr> <td>2 ( ) Retratamento por Recidiva</td> </tr> <tr> <td>3 ( ) Retratamento por Abandono</td> </tr> <tr> <td>4 ( ) Retratamento por Falência</td> </tr> </table>	1 ( ) Novo	2 ( ) Retratamento por Recidiva	3 ( ) Retratamento por Abandono	4 ( ) Retratamento por Falência
1 ( ) Novo					
2 ( ) Retratamento por Recidiva					
3 ( ) Retratamento por Abandono					
4 ( ) Retratamento por Falência					
4.	Outras doenças associadas: _____				

Fontes Primárias (entrevista)

5.	Sexo: 1- ☐ Feminino 2- ☐ Masculino							
6.	Idade: _____							
7.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou até o fim? _____	Sem escolaridade 1 ☐	Ensino Fundamental Incompleto 2 ☐	Ensino Fundamental Completo 3 ☐	Ensino Médio 4 ☐	Ensino Superior 5 ☐		
8.	Na atual situação o(a) Sr(a) se considera:	Desempregado(a) 1 ☐	Empregado(a) 2 ☐	Autônomo 3 ☐	Do lar 4 ☐	Estudante 5 ☐	Aposentado 6 ☐	Afastado 7 ☐

DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

9.	Qual o nome do serviço que o(a) Sr(a):	1	Iniciou o tratamento da tuberculose? _____
		2	Atualmente faz o tratamento da tuberculose? _____
10.	Onde o(a) Sr(a) pega o remédio da tuberculose:	1	( ) No serviço de saúde
		2	( ) Recebo em casa
		3	( ) Outro: _____
11.	Quantas vezes o(a) Sr(a) pega ou recebe o remédio da tuberculose: _____		
12.	Quem vê o(a) Sr(a) tomar a medicação da tuberculose?	1 ( ) Profissional da saúde	
		2 ( ) Familiares	
		3 ( ) Pessoas da comunidade	
		4 ( ) Ninguém	

FILTRO: se responder ninguém pular para a questão 18

13.	Quantas vezes <i>por semana</i> esta pessoa vê o(a) Sr(a) engolir o remédio da tuberculose? _____		
14.	Qual o horário que geralmente o(a) Sr(a) toma o remédio da tuberculose? _____		
15.	Qual o horário que o(a) Sr(a) gostaria de tomar o remédio da tuberculose? _____		
16.	O(a) Sr.(a) recebe algum incentivo do programa de tuberculose?	1 ☐ Cesta Básica	2 ☐ Vale Transporte
		3 ☐ Outros: _____	4 ☐ Não

ANEXO II

FORMULÁRIO ESTRUTURADO II: MEDIDA DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

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

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

ANEXO III

FORMULÁRIO ESTRUTURADO III: CONHECIMENTO DO DOENTE DE TB SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO

CONHECIMENTO.				
1	O(a) Sr(a) acredita que a tuberculose pega (transmite) de uma pessoa para outra?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sei		
2	Para o(a) Sr(a) a tuberculose tem cura?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sei
3	Para o(a) Sr(a) quanto tempo dura o tratamento de TB? (em meses)			
4	O(a) Sr(a) teve interesse em buscar informações fora do serviço de saúde?	☐ Sim	Onde: _____	
		☐ Não		

ANEXO IV

FORMULÁRIO ESTRUTURADO IV: VÍNCULO ENTRE O DOENTE DE TB E À EQUIPE/SERVIÇO DE SAÚDE

VÍNCULO.				
Para as questões 1 a 8, responda: 1-Nunca/Quase nunca 2- Às vezes 3-Sempre/Quase sempre 0-Não sabe 99-Não se aplica.				
1.	Com que frequência o Sr(a) tem um profissional de referência a quem procura quando possui algum problema relacionado ao seu tratamento?			
2.	Com que frequência o Sr(a) é atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante as <i>consultas médicas</i> ?			
3.	Com que frequência o Sr.(a) se sente compreendido pelos profissionais de saúde do quando fala de seus problemas ou tem alguma queixa?			
4.	Com que frequência o tempo disponibilizado ao atendimento do Sr.(a) durante as <i>consultas médicas</i> é suficiente para falar suas dúvidas e preocupações?			
5.	Com que frequência o Sr(a) é atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o TDO?			
6.	Com que frequência o tempo disponibilizado ao atendimento do Sr.(a) durante o TDO é suficiente para falar suas dúvidas e preocupações?			
7.	O Sr.(a) sente vontade de realizar o acompanhamento da sua enfermidade em outra unidade de saúde? Motivo: _____	☐ Sim ☐ Não		
8.	O Sr.(a) se sente acolhido pelos profissionais de saúde durante o TDO?			
9.	O Sr(a) procura o serviço de saúde quando tem dúvidas sobre o seu tratamento	1- ☐ Sim	2- ☐ Não	
10.	Que lugar o(a) Sr(a) buscaria ajuda se os seus sintomas piorassem?	1- ☐ Serviço de saúde onde faz tratamento	2- ☐ Outro serviço de saúde	3- ☐ Não procura

ANEXO V

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 04 de março de 2011

Protocolo: 1264/2011

Enviado: 01/03/2011

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Assessoradora: Tereza Cristina Scatena Villa

Of. CEP-EERP/USP – 056/2011 da Tuberculose: desempenho da atenção básica em municípios da Região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil.

Ribeirão Preto, 04 de março de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 03 de março de 2011.

Protocolo: nº 1264/2011

Projeto: ESTRATÉGIA DOTS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL, SUDESTE E NORDESTE DO BRASIL.

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Tereza Cristina Scatena Villa
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO VI**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Estratégia DOTS (Estratégia de Tratamento Observado de Curta Duração) no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____. Ela tem como objetivo avaliar o desempenho dos serviços de saúde no tratamento da tuberculose em relação aos modelos de atenção à saúde (Atenção Básica / Serviços Especializados) dos municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil, na percepção do doente. Sua participação consistirá em responder a um formulário e/ou uma entrevista na qual poderá ser utilizado um gravador, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

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

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do formulário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

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

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

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

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

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 201__.

_____
Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente,

Prof^ªDr^a Tereza Cristina Scatena Villa

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP. Telefone (0XX16) 36023407

e.mail: tite@eerp.usp.br