**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

EDILMA GOMES ROCHA CAVALCANTE

**MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE: UMA PROPOSTA PARA A ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**SÃO PAULO
2012**

EDILMA GOMES ROCHA CAVALCANTE

**MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE: UMA PROPOSTA PARA A ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para obtenção
do Título de Doutor em Ciências, junto ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora:

Prof^ª. Dra. Maria Rita Bertolozzi

**SÃO PAULO
2012**

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Cavalcante, Edilma Gomes Rocha

Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose:
uma proposta para a atenção primária à saúde / Edilma
Gomes Rocha Cavalcante.-- São Paulo, 2012.
204 p.

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

Orientadora: Profª Drª Maria Rita Bertolozzi
Área de concentração: Cuidados em saúde

1. Tuberculose 2. Adesão à medicação 3. Atenção
primária à saúde I. Título.

AUTOR: EDILMA GOMES ROCHA CAVALCANTE

TÍTULO: MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE:
UMA PROPOSTA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para a obtenção do Título
de Doutorado.

Área de Concentração: Cuidado em
Saúde

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. Paula Hino

Instituição: Enfermagem da Universidade Paulista

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Jacirema F. Gonçalves

Instituição: Universidade Federal do Amazonas

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. Tânia Maria R.M.de Figueiredo Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Julgamento: _____

Assinatura: _____

*“Renova-te. Renasce em ti mesmo,
Multiplica os teus olhos para verem mais.
Multiplica os teus braços, para semeares tudo.
Destrói os olhos que tiverem visto.
Cria outros, para as visões novas”.*

Cecília Meireles

DEDICATÓRIA

A Deus pela dádiva da vida, e pelos encontros mais sublimes entre amigos e familiares, que me fortaleceram para superação dos obstáculos.

Aos meus pais, *in memória*, Moacyr e Edite.

Ao meu esposo Júlio, pelo companheirismo de todas as horas.

Aos meus irmãos Moacyr Jr, Jurandy, Rafael e Helda, pelo amor, carinho e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Nesse processo de crescimento pessoal, muitos foram aqueles que participaram intensamente ou inspiraram o presente trabalho. À todos a minha eterna gratidão.

À Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi, pela competência, paciência, apoio durante esse processo educativo e na construção do pensar e fazer em saúde, diante da responsabilidade social que nos impulsiona para a construção de novos horizontes.

Às Supervisões Técnicas de Saúde do Butantã, Sé e Lapa/Pinheiros, representadas pelos gestores e gerentes de cada Unidade Básica de Saúde, pela oportunidade oferecida em autorizar a realização deste trabalho, e confiar que seu resultado será importante para aprimorar o conhecimento em relação aos marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose em cada região.

Às pessoas com tuberculose, pela disponibilização de tempo para participar do estudo.

Aos funcionários de cada Unidade Básica de Saúde, enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Vigilância Epidemiológica, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Agente Comunitários de saúde (ACS), pela disponibilidade, apoio e paciência durante a longa coleta de dados.

Aos colegas (discentes e docentes) do Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidades, Adesão e necessidade em Saúde Coletiva”, pelos momentos de discussão e trocas de conhecimentos, tão necessários à construção deste estudo.

À Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi, pelo apoio e disponibilidade durante o processo de elaboração do estudo.

À Profa Dra. Maria Lucia Duarte Pereira (Lucinha) por ter acreditado na minha capacidade e me direcionar para essa nova trajetória.

À Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges, pela disponibilidade no apoio e sugestões quanto às análises estatísticas possíveis para o estudo. Também, à Dra Ângela, estatística, que inicialmente disponibilizou o seu tempo em breves e importantes explicações

Ao estatístico Lucas Petri Damiani, pela disponibilidade, contribuição e paciência durante os encontros das análises estatísticas necessárias para realização do estudo.

Aos funcionários de Departamento de Enfermagem em saúde Coletiva da EEUSP, Socorro e Valéria pelo apoio e, em especial à (Irmã) Terezinha Amaro, pela amizade, carinho e atenção.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação da Escola: Dayse, Lúcia, Márcia, Loren e, muito especialmente à Silvana, pela prontidão, disponibilidade e apoio.

Às especialistas do Departamento da EEUSP (Érica, Vânia, Karen e Eloá), pela disponibilidade, competência, carinho e apoio no decorrer dessa jornada. À Paula Hino e Evellyn, pela contribuição direta e indireta.

À Universidade Regional do Cariri (URCA), pelo apoio institucional. Aos colegas do Departamento de Enfermagem, na pessoa da Prof^a. Maria Eugênia A. A. Coelho, pelo incentivo, disponibilidade e apoio durante o Doutorado.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), que me acolheu e tem contribuído para qualificação dos profissionais de enfermagem.

Às amigas que conheci durante o tempo das disciplinas, e às que estiveram mais presentes no decorrer deste processo educativo, em especial, à Mônica Guanilo, Kuitéria Ferreira, Rosangela Mineo, Rosangela Pimenta pelo companheirismo, amizade, acolhimento, apoio e contribuição.

À Natália S. Moreira que participou da coleta dos dados: companheira durante o desenvolvimento do estudo.

Aos familiares (Auzeni, Zayra, Pérycles, Líbio, Gorete, Regina, Rubens, Carmen, Luisyane, Adriana, Luiz e familiares) e amigos Luzicleide, à minha afilhada Júlia. Aos amigos: Ana Cristina e Erivaldo, Maninho, Moisés, Aldo, Leudo e Zuilene, pelas orações constantes e paciência durante esse processo introspectivo.

Enfim, à todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram nesta caminhada.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro à pesquisa matriz deste projeto, que possibilitou o contato direto com os profissionais de saúde e doentes com TB.

Cavalcante EGR. Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose: uma proposta para a Atenção Primária à Saúde. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo São Paulo; 2012.

RESUMO

Considerando a importância da adesão ao tratamento para o controle da tuberculose (TB) e para a Enfermagem e a necessidade de dispor de elementos que identifiquem a vulnerabilidade de pacientes à não adesão, o estudo objetivou propor marcadores de adesão ao tratamento para serem adotados no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Metodologia: estudo de desenvolvimento metodológico, de abordagem quanti-qualitativa, pautado na Teoria de Determinação Social do Processo Saúde-Doença e no conceito de adesão ao tratamento, proposto por Bertolozzi. Instrumento, cujos marcadores eram decorrentes de estudos do Grupo de Pesquisa do CNPq: Vulnerabilidades, adesão e necessidades em Saúde Coletiva, foi validado, por meio do Índice de Validação de Conteúdo por especialistas e por revisão de literatura para complementar os marcadores propostos. Após aprovação por comitê de ética em pesquisa, o instrumento foi aplicado junto a 89 pacientes com tuberculose, matriculados em Unidades Básicas de Saúde da Região Centro-Oeste do Município de São Paulo, nos primeiros 30 dias e no período entre 90 a 140 dias de tratamento, de 2010 a 2012. À cada resposta dos pacientes correspondiam escores com os valores de 1-3, que configuravam desde menor até maior potencialidade para a adesão ao tratamento. A confiabilidade e a validade dos marcadores foram verificadas por meio de testes estatísticos. Resultados: os conceitos atribuídos aos marcadores, pelos especialistas, apresentaram Índice de Validade de Conteúdo foi de 86,7%. Na primeira etapa da coleta de dados, os pacientes tiveram média de escore total de 76,5 (59 – 88). A segunda etapa da coleta de dados foi realizada com 59 pacientes, e a média de escore total foi de 80,4 (66 – 92). Os marcadores com mudanças significativas para melhor escore da primeira à segunda etapa foram: conhecer a causa da TB ($p=0,002$); impacto da doença na vida ($p=0,007$) e no trabalho ($p<0,001$); dificuldade no tratamento em relação à medicação ($p<0,001$); opinião sobre a evolução da doença durante o tratamento ($p<0,001$); apoio familiar ($p<0,001$) e ter recebido visita domiciliária durante o tratamento ($p<0,001$). Na análise univariada identificou-se seis marcadores com valor significativo, sendo que três permaneceram significativos após análise de regressão logística: situação empregatícia ($p=0,0016$), uso de droga ($p=0,0282$) e reação indiferente ao diagnóstico ($p=0,0065$), os quais explicariam em 92,3% a adesão ao tratamento. A análise de confiabilidade e validade, pelo método de Componentes Principais de rotação de Varimax, resultou em sete marcadores, divididos em três dimensões, com consistência interna (Alfa Cronbach): Vida e contexto familiar ($\alpha=0,796$), Trabalho e processo saúde-doença ($\alpha=0,645$) e Apoio no contexto do serviço de saúde ($\alpha=0,601$). O alfa total foi de $\alpha=0,706$; 91,7% de sensibilidade, 64,0% de especificidade e área de curva ROC: 79,8%. Conclusão: a proposição de instrumento com tais marcadores é inédita e mostrou-se confiável para medir a adesão ao tratamento dos doentes com TB.

Palavras-chave: Tuberculose, Adesão à medicação; Atenção Primária à Saúde.

Cavalcante EGR. Adherence Markers Concerning Tuberculosis Treatment: a proposal to Primary Health Care. [Thesis]. Sao Paulo: Nursing School, University of Sao Paulo, Sao Paulo; 2012.

ABSTRACT

Considering the importance of the adherence to the treatment in order to control tuberculosis (TB) and to Nursing and the need to have available instruments to identify the vulnerability to the non-adherence, this thesis aimed to validate an instrument containing adherence markers to the treatment to be adopted in the Primary Health Care. Methodology: methodological development study with quantitative approach and based on both Social Determination Theory of the Health-Illness Process and Bertolozzi's adherence concept to TB treatment, whose markers were derived from studies of the CNPq Research Group: Vulnerabilities, Adherence and Needs in Health Collective. An instrument was validated by: calculation of Index of Content Validation by experts and literature review to complement the proposed markers. To validate the instrument, the following procedures were performed: content validation and the compliance average of three experts; bibliography review in order to complement those proposed markers; pre-test; application of the instrument on patients in their 30 and 90-140 early days of treatment, from 2010-2012, at basic health units in the center-west region of São Paulo City Municipality. After approval by the ethics committee on research, the instrument was applied to 89 tuberculosis patients. Each patient response scores corresponded the values of 1-3, which indicate the lowest to highest potential for treatment adherence. The reliability and validity of markers were verified by means of statistical tests. Outcomes: concepts assigned to the markers by experts indicated Index Validity Content was 86,7%. During the first stage of data collection, patients presented a mean total score of 76,5 (59-88). The second stage of data collection was performed with 59 patients, and the mean total score was 80,4 (66-92). The markers with significant changes for better score from first to second stage of the study were: knowledge about the cause of TB ($p=0,002$), impact of disease on life ($p=0,007$) and job ($p<0,001$); difficulty in treatment related to medication ($p<0,001$); opinion about disease progression during treatment ($p<0,001$), family support ($p<0,001$) and have received home visits during treatment ($p<0,001$). In the univariate analysis six markers were identified with a significant value, three of them remained significant after logistic regression analysis: employment status ($p=0,0016$), use of drugs ($p=0,0282$) and indifferent reaction to diagnosis ($p=0,0065$), which would explain 92,3% of adherence to treatment. The analysis of reliability and validity, by the method of Principal Component with Varimax Rotation, resulted in seven markers, divided into three dimension, with internal consistency Cronbach's Alpha: Life and family environment ($\alpha=0,796$), Job and health-illness ($\alpha=0,645$) and Support in the health service ($\alpha=0,601$). The total alpha was $\alpha=0,706$; with 91,7% of sensitivity, 64,0% of specificity and the ROC Curve area was 79,8%. Conclusion: The proposition of an instrument with these markers is innovative and presents reliability to measure the adherence to TB treatment.

Key words: Tuberculosis, Medication Adherence, Primary Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do Butantã – Município de São Paulo	56
Figura 2 – Mapa da Região Centro-Oeste de São Paulo, 2010	57
Figura 3 – Sujeitos do Estudo, na primeira e segunda etapas de coleta de dados	68
Figura 4 – Processo de aprimoramento do Instrumento sobre marcadores de adesão à Tuberculose. São Paulo, 2010-2012	76
Figura 5 – <i>Boxplot</i> dos escores dos marcadores de adesão ao tratamento por grupo adesão/não adesão. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	120
Figura 6 – <i>Boxplot</i> do escore total do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento por grupos de adesão/não adesão. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	125
Figura 7 – <i>Boxplot</i> do escore do instrumento de marcadores da adesão ao tratamento, segundo sujeitos pertencentes às Supervisões Técnicas de Saúde do Butantã e Sé. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	128
Figura 8 –Desenvolvimento, análise e processo de validação do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose, 2010-2012.....	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Métodos indiretos de medida da adesão	40
Quadro 2 – Métodos diretos de medida de adesão através da medicação	40
Quadro 3 – Escalas e itens dos instrumentos e formas de abordagem para medir a adesão ao tratamento de doenças crônicas e infecciosas	42
Quadro 4 – Estrutura da estratégia de busca, segundo descritores e palavras no título e resumo, para identificar estudos sobre adesão ao tratamento de tuberculose. São Paulo, 2010	60
Quadro 5 – Sistematização dos estudos identificados segundo aspectos relacionados à adesão e à não adesão do tratamento da tuberculose. São Paulo, 2010	61
Quadro 6 – Trajetória dos sujeitos do estudo para a obtenção do diagnóstico da tuberculose. São Paulo- SP, Brasil, 2010-2012	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados das Supervisões Técnicas de Saúde da Região Centro-Oeste de São Paulo	58
Tabela 2 – Marcadores segundo concordância entre Especialistas. São Paulo, 2010	75
Tabela 3 – Sujeitos do estudo e características sociodemográficas. Supervisões Técnicas de Saúde do Butantã, Sé e Lapa/Pinheiros. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	78
Tabela 4 – Marcadores relacionados à vida e ao trabalho dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	81
Tabela 5 – Marcadores relacionados ao processo saúde-doença dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	83
Tabela 6 – Marcadores relacionados a aspectos do processo saúde-doença dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	85
Tabela 7 – Marcadores relacionados ao tratamento dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	87
Tabela 8 – Marcadores relacionados ao tratamento da tuberculose dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	91
Tabela 9 – Distribuição dos sujeitos segundo Supervisões Técnicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	92

Tabela 10 – Marcadores relacionados ao serviço de saúde dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	94
Tabela 11 – Distribuição da frequência do marcador Trabalho entre a primeira e a segunda etapas de coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	96
Tabela 12 – Distribuição da frequência do marcador Vida (situação de moradia/conviver com familiares), entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades de Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	97
Tabela 13 – Distribuição da frequência do marcador Crença religiosa entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades de Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	98
Tabela 14 – Distribuição da frequência do marcador Tempo gasto para ir à UBS entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	98
Tabela 15 – Distribuição da frequência do marcador Consumo de álcool entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	99
Tabela 16 – Distribuição da frequência do marcador Consumo de fumo entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	99
Tabela 17 – Distribuição da frequência do marcador Consumo de droga entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	100
Tabela 18 – Distribuição da frequência do marcador Doença Associada entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	101

Tabela 19 – Distribuição da frequência do marcador Concepção sobre a Causa da tuberculose entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	101
Tabela 20 – Distribuição da frequência do marcador Informou sobre a Doença entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	102
Tabela 21 – Distribuição da frequência do marcador Impacto da Doença na Vida entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	103
Tabela 22 – Distribuição da frequência do marcador Impacto da Doença no Trabalho entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	104
Tabela 23 – Distribuição da frequência do marcador Modalidade do Tratamento entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	104
Tabela 24 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação aos Medicamentos entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	105
Tabela 25 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação à Evolução da Doença entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	106
Tabela 26 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação ao Convívio com a Família entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	107

Tabela 27 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação ao Apoio no Trabalho entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	108
Tabela 28 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação ao Apoio no Serviço de Saúde entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	109
Tabela 29 – Distribuição da frequência do marcador Desejo de Desistência em Relação à Continuidade do Tratamento entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	109
Tabela 30 – Distribuição da frequência do marcador - Capacidade de Formular Projetos de Vida para Concretização após o Tratamento, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	110
Tabela 31 – Distribuição da frequência do marcador - Vínculo e Acolhimento na UBS: Sentir-se Ouvido, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	111
Tabela 32 – Distribuição da frequência do marcador Vínculo e Acolhimento – Ser Atendido pelos Mesmos Profissionais de Saúde, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	111
Tabela 33 – Distribuição da frequência do marcador Vínculo/Acolhimento - Quando Tem Dúvida Recorre aos Profissionais de Saúde, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	112

Tabela 34 – Distribuição da frequência do marcador Intenção de Continuar o Tratamento na UBS, entre a primeira e a segunda etapas de coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	113
Tabela 35 – Distribuição da frequência do marcador Tempo Gasto para ser Atendido na UBS, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	113
Tabela 36 – Distribuição da frequência do marcador Recebimento de Visita Domiciliária, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	114
Tabela 37 – Distribuição da frequência dos marcadores entre os grupos dos que aderiram e não-aderiram ao tratamento da tuberculose. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	115
Tabela 38 – Frequência dos marcadores entre os grupos das pessoas que aderiram e não-aderiram ao tratamento da tuberculose. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	116
Tabela 39 – Frequência dos escores dos marcadores entre os grupos das pessoas que aderiram e não-aderiram ao tratamento da tuberculose. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	117
Tabela 40 – Coeficientes estimados do modelo de regressão logística. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	118
Tabela 41 – Razão de chances (RC) estimadas para as variáveis do modelo de regressão logística, segundo os marcadores de adesão ao tratamento. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	119

Tabela 42 – Descrição das dimensões dos resultados da análise fatorial exploratória (após a rotação varimax). São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	121
Tabela 43 – Marcadores distribuídos nas dimensões e respectivas cargas fatoriais. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	122
Tabela 44 – Coeficiente alfa de Cronbach das dimensões do instrumento de marcadores da adesão ao tratamento da tuberculose e correlação item-total. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	123
Tabela 45 – Variância total explicada para as dimensões compostas pelos marcadores do instrumento de adesão ao tratamento da tuberculose. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012	124
Tabela 46 – Ponto de corte, sensibilidade e especificidade do instrumento de marcadores da não-adesão ao tratamento da tuberculose. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	126
Tabela 47 – Escores obtidos nos marcadores selecionados, segundo os grupos de adesão e não-adesão ao tratamento para a tuberculose. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012.....	127

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COVISA	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
CI	Coeficiente de Incidência
CSE	Centro de Saúde Escola
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
DFC	Dose Fixa Combinada
dp	desvio padrão
E	Especificidade
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Intervalo de confiança
IVC	Índice de Validade de Conteúdo

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MEMS	Medication Event Monitoring System
MMAS	Morisky Medication Adherence Scale
MATB	Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAM	Patient Adjustment to Medication
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PCTA	Primary Care Assessment Tool
PS	Pronto-Socorro
BMQ	Questionário Medicação Breve
QAM-Q	Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids
RAM	Reported Adherence to Medication
RC	Razão de chances
ROC	Receiving Operating Characteristics
S	Sensibilidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TB	Tuberculose

TDO	Tratamento Diretamente Observado
USP	Universidade de São Paulo
UBS	Unidades Básicas de Saúde
VAS	Visual Analogue Scale
VD	Visita domiciliária
XDR-TB	Tuberculose Extensivamente Resistente
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	26
1.1	A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO	27
1.2	AÇÕES E MAGNITUDE DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ÂMBITO MUNDIAL	28
1.3	MAGNITUDE E AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ÂMBITO NACIONAL	31
1.4	A TUBERCULOSE EM SÃO PAULO	33
1.5	A CONTEXTUALIZAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO: CONCEITO, MODELOS, INSTRUMENTOS E ESTRATÉGIAS PARA SEU INCREMENTO	36
1.6	BUSCANDO-SE UMA ABORDAGEM AMPLA DA ADESÃO AO TRATAMENTO	45
2	OBJETIVOS	48
2.1	OBJETIVO GERAL	49
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
3	METODOLOGIA.....	50
3.1	MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	51
3.2	MARCADORES DE ADESÃO	52
3.3	DELINEAMENTO E ETAPAS DO ESTUDO	53
3.4	CENÁRIO DO ESTUDO	54
3.5	PROCEDIMENTOS PARA A COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO E VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO	58
3.5.1	Validação de Conteúdo	59
3.5.2	Atualização da revisão de literatura	60
3.5.3	Pré-Teste	64
3.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	64
3.6.1	O instrumento referente aos Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose (MATB)	65

3.7	COLETA DE DADOS	67
3.7.1	Sujeitos do estudo	68
3.7.2	Período da Coleta de dados.....	69
3.8	PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS.....	70
4	RESULTADOS	73
4.1	APRIMORAMENTO DO INSTRUMENTO DE MARCADORES DE ADESÃO À TUBERCULOSE.....	74
4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS NA PRIMEIRA ETAPA DA COLETA DE DADOS	77
4.2.1	Perfil sociodemográfico dos sujeitos	77
4.2.2	Perfil socioeconômico dos sujeitos	80
4.2.3	Processo saúde-doença dos sujeitos.....	82
4.2.4	Aspectos relacionados ao tratamento da tuberculose	86
4.2.5	Aspectos relacionados ao serviço de saúde	92
4.3	SEGUNDA ETAPA DA COLETA DE DADOS: DINÂMICA DOS MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO.....	95
4.4	ANÁLISE UNIVARIADA DOS MARCADORES RELACIONADOS AOS SUJEITOS QUE ADERIRAM E NÃO-ADERIRAM AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	114
4.4.1	Modelo de regressão logística aplicado aos marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose.....	118
4.4.2	Análise descritiva da soma dos escores dos marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose.....	119
4.5	VALIDAÇÃO E CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO	120
4.5.1	Análise da confiabilidade e validade do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento	123
4.5.1.1	<i>Análise descritiva das medidas do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento reduzido.....</i>	<i>124</i>
4.5.1.2	<i>Ponto de corte da curva ROC para sensibilidade e especificidade do escore do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento.....</i>	<i>125</i>
4.6	VALIDAÇÃO DE CRITÉRIO	126
4.6.1	Comparação dos escores entre os sujeitos do estudo, segundo Supervisão Técnica de Saúde	127

5	DISCUSSÃO	130
6	CONCLUSÃO.....	145
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149
	ANEXOS	169
	ANEXO 1	170
	ANEXO 2.....	175
	ANEXO 3.....	177
	APÊNDICES	178
	APÊNDICE 1	179
	APÊNDICE 2	180
	APÊNDICE 3.....	181
	APÊNDICE 4	187
	APÊNDICE 5	196
	APÊNDICE 6	197
	APÊNDICE 7	203

APRESENTAÇÃO

É oportuno tecer considerações a respeito do meu interesse sobre o tema do presente estudo, que surgiu do trabalho desenvolvido no Ambulatório de Coinfecção da Tuberculose (TB) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) /síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), em Fortaleza – CE, de 2007 a 2008. Na ocasião, convivia com alta incidência da TB e com os elevados índices de abandono do tratamento da doença.

Posteriormente, já nas atividades junto ao Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva¹”, integrei-me no estudo sobre adesão ao tratamento, na região do Butantã do Município de São Paulo. Identifiquei-me com a temática, sensibilizada pelos relatos dos doentes com TB e pelos produtos de investigação conduzidos a respeito.

Neste espaço, particularmente, foi o momento que tive a oportunidade de repensar as ações de prevenção e de tratamento dos doentes com TB, desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), em que se identificou a valorização à prevenção e ao tratamento dos doentes, mas de forma restrita ao plano biológico. Tal abordagem busca, incansavelmente, ascender o indicador de cura e diminuir o indicador de abandono, entretanto, em geral, sem visualizar o sujeito em seu contexto, sem incluir aspectos que se referem à reprodução social e aos determinantes sociais que podem interferir no processo de adesão ao tratamento, determinando a vulnerabilidade à não adesão.

Nesta perspectiva, o presente estudo foi conduzido para apresentar um instrumento com marcadores de adesão ao tratamento da TB, que tem a possibilidade de identificação precoce de vulnerabilidade à não adesão. Ressalta-se que o estudo faz parte do desdobramento de projeto matriz, que contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo 307948 / 2008-0, e de uma série de estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa supracitado. Com esta tecnologia pretende-se ampliar o conceito de adesão, ao considerar uma abordagem integral do fenômeno, a partir da utilização de

¹ Bertolozzi MR. Grupo de Pesquisa do Diretório CNPQ, desde 1995.

marcadores, que se constituem em sinalizadores de adesão, e que são articulados às condições de vida, ao contexto familiar, ao trabalho, ao processo saúde-doença e ao apoio no contexto do serviço de saúde. Constitui, portanto, subsídio para o monitoramento e a promoção da adesão ao tratamento e para o cuidado apropriado ao doente com TB.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO

Dada a complexidade da adesão ao tratamento, a possibilidade do abandono ao tratamento é um dos desafios das ações de controle da TB, pois implica em consequências sociais e epidemiológicas, dentre as quais: aumento da taxa de recidiva, multirresistência às drogas, persistência da fonte de infecção e aumento da mortalidade, além de aumentar o tempo e o custo do tratamento (Natal et al., 1999; Oliveira, Moreira Filho, 2000; Mendes, Fensterseifer, 2004; Ferreira, Silva, Botelho, 2005; Almeida, Honer, 2006; Sá et al., 2007).

Acrescem-se a tais repercussões, a complexa trama da própria doença, que é reflexo da reprodução social e, como tal, encontra-se cada vez mais expressiva na população marginalizada (Silva, 2004; WHO, 2006; Boletim Epidemiológico, 2012).

A preocupação com os efeitos do abandono e as frequentes indagações sobre os motivos que levam as pessoas a abandonarem o tratamento são objeto de estudos cada vez mais presentes. O tema, incluído na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Brasil, 2008), tem direcionado estudos para a identificação de modelos de adesão ao tratamento em doenças não transmissíveis e transmissíveis.

A literatura, em geral, atribui o abandono, principalmente, aos elementos referentes ao doente e relacionado a aspectos sociais, familiares e à percepção do indivíduo sobre a doença (Natal et al., 1999; Lima et al., 2001; Oliveira, Moreira Filho, 2000; Vendramini et al., 2002; Paixão, Gontijo, 2007), à modalidade do tratamento empregado e aos serviços de saúde (Oliveira; Moreira Filho, 2000; Rabahi et al., 2002; Sá et al., 2007). Entretanto, o tema deve ser expandido e incluídas outras dimensões, que tomem como referência, os processos de reprodução social e a forma como se organizam os serviços de saúde, além da apreensão das possibilidades para seguir a terapia medicamentosa (Bertolozzi, 1998).

Bertolozzi (1998, p. 2) assinala que o controle da TB envolve desafios, e requer “[...] revisitar os princípios técnicos, éticos e legais das medidas de saúde pública tradicionalmente utilizadas no seu controle”. Neste sentido, a presente

investigação, ao tomar como tema central, o estudo de marcadores de adesão ao tratamento da TB, tem como finalidade, propor um instrumento que possibilite monitorar a adesão a partir de uma abordagem abrangente, para detectar precocemente as pessoas que apresentem limitações na adesão ao tratamento e sinalizar o desencadeamento de intervenções apropriadas a serem implementadas pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Apresentam-se, a seguir, algumas das estratégias, ações e políticas, que têm sido implementadas para o controle da TB. Em sua constituição, identifica-se a participação e a mobilização de várias instituições governamentais, não governamentais, da sociedade civil e de profissionais da saúde. Esses movimentos atestam sua importância na elaboração de políticas públicas no âmbito internacional e nacional. Convém lembrar que a situação da TB e a implementação de ações para o seu controle são resultados de processos históricos e políticos.

1.2 AÇÕES E MAGNITUDE DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ÂMBITO MUNDIAL

No contexto histórico internacional, identifica-se intensa mobilização para o estabelecimento de estratégias e de articulações políticas em busca de parcerias, no sentido de expandir globalmente o controle da TB. As iniciativas mais relevantes para o enfrentamento da doença surgem a partir de 1993, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez o alerta sobre a emergência da TB, como um problema mundial. Quando se acreditava ser doença em “extinção” nos países desenvolvidos, constatou-se o surgimento de surtos de casos multidrogarresistente (Silva; Boéchat, 2004; Hijjar et al., 2005).

Nos Estados Unidos da América (EUA), o aumento do número de casos de TB foi atribuído, inicialmente, à epidemia do HIV e à sua ocorrência entre os imigrantes (Raviglione, 2003). Também tem limitado o controle da TB, as desigualdades sociais, o envelhecimento da população, os movimentos migratórios e a resistência primária às drogas (Ruffino-Netto, 2004; WHO, 2006), além dos conflitos bélicos e civis (Coghlan et al., 2006). Acresce-se a estes, a baixa adesão ao

tratamento, com grave implicação no aumento das cepas multirresistentes (Sumartojo, 1993, Brasil, 2011a) e a preocupação com a infecção do *Mycobacterium tuberculosis* extensivamente resistente (XDR-TB) (Teixeira, 2007).

Para reduzir as taxas de prevalência e mortalidade da TB, tem se intensificado compromissos, como pode ser identificado nas metas assumidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), na parceria Global -“STOP-TB”, na inclusão de setores privados, organizações não governamentais (ONG) (WHO, 2009) e parcerias que mobilizam recursos necessários para o desenvolvimento de pesquisas e para o alcance de maior impacto sobre a epidemia da TB (OMS, 2006). As iniciativas de apoio financeiro, como disponibilizadas pelas Nações Unidas e pelo Grupo dos 8 (G8), composto pelos EUA, Japão, Inglaterra, França, Itália, Canadá, Alemanha e Rússia, resultaram na criação do Fundo Global de Combate à Aids, TB e Malária, em 2002. Recursos arrecadados promoveram a execução de inúmeros projetos em 140 países, sendo importante parcela do financiamento destinada à TB (Barreira, Grangeiro, 2007).

A “Stop-TB”, anualmente, financia projetos em vários países, com o objetivo de desenvolver aplicação de técnicas e intervenções que contribuam para o aumento da detecção precoce dos casos, assegure o tratamento e a prevenção dos casos farmacorresistentes, bem como manter a alta taxa de cura dos programas, que se valem da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS em inglês - Direct Observed Treatment Short-Course) (OPAS, 2010). Reúne grupos de trabalhos envolvidos em atividades específicas, destinadas à expansão dessa Estratégia, à DOTS-plus para a TB multidrograrresistente; à associação TB/HIV; aos novos métodos de diagnóstico e vacinas; à promoção, comunicação e à mobilização social (Teixeira, 2006).

A OMS e a “Stop-TB” consideram a estratégia DOTS fundamental para o controle da TB. A DOTS contempla um conjunto de medidas, dentre elas, o Tratamento Diretamente Observado (TDO), comprovado como eficaz para o tratamento do doente (Brasil, 2010). Embora a DOTS tenha contribuído com cerca de 99% do total de notificações de casos no mundo, em 2007, apresentou pequeno aumento na detecção de novos casos com baciloscopia positiva, passando de 62% para 67%. Considerando-se que a detecção deve ser maior ou igual à 70%, 74 países e duas regiões – a região das Américas (73%) e a Região Mediterrânea (77%)

conseguiram atingi-la; mas outras apresentaram taxas bastante inferiores, como o leste do Mediterrâneo (60%), a Região Européia (51%) e a Região Africana (47%) (WHO, 2009).

A OMS vem conduzindo mundialmente ações de controle da TB com a proposta de acelerá-las social e politicamente. Em parceria com a “Stop-TB”, elege temas, a cada ano, que impulsionam novas perspectivas para o controle da doença, além de divulgar relatórios anuais, que apresentam a incidência da TB no mundo. Na reunião da “Stop-TB” que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro - Brasil, em 2009, também se realizou o III Fórum da Parceria Global “Stop-TB”. Na divulgação da lista dos 22 países em desenvolvimento, que detêm 80% dos casos do mundo (conforme estimativas de 2007), a maioria encontrava-se na Ásia (55%) e na África (31%) (Basilia, 2009). Outro dado importante refere-se ao fato de que, segundo estimativas da OMS, aproximadamente 9,27 milhões de casos novos (139 casos por 100.000 habitantes) ocorreram em 2007 no mundo, destes, 14,8% (1,37 milhão) eram co-infectados pelo HIV (WHO, 2009).

No contexto mundial, nota-se o incentivo para manter a DOTS/TDO como enfoque principal, ao lado da busca de outras iniciativas que possam contribuir para a prevenção, adesão e cura da doença. Mesmo que com todas essas iniciativas, inclusive com a garantia gratuita da medicação, em alguns países, percebe-se que a problemática da TB está intimamente associada às desigualdades sociais e iniquidades em saúde. Tais determinantes requerem a efetivação de políticas sociais radicais, que venham atender às necessidades do doente, envolver a participação comunitária, além do compromisso social dos gestores e profissionais de saúde em intervenções específicas para o controle da doença.

A seguir, apresentam-se alguns dados que revelam a magnitude da TB e ações de controle no âmbito nacional.

1.3 MAGNITUDE E AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ÂMBITO NACIONAL

Na retrospectiva do controle da TB, o Brasil seguiu o processo histórico internacional e, após décadas de movimentos, foram criados órgãos de controle e elaboradas políticas públicas, as quais, junto às iniciativas não governamentais, buscaram o controle da doença e a diminuição da mortalidade (Nascimento, 2005).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) descentralizou as ações de controle da doença para a APS, em 2004, o que permitiu a reorganização do serviço nos distritos de saúde, implementando-se competências para cada nível do Governo (Santos, 2007). A descentralização das ações e a implementação do TDO na ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) configuraram-se como um novo modo de agir em saúde (Muniz, Villa, Pedersolli, 1999, Santos, 2007).

Tais iniciativas visavam o estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e a pessoa que apresenta tuberculose, assim como sua família, destacando-se que o vínculo condiciona a adesão ao tratamento (Muniz, Villa, Pedersolli, 1999; Ruffino-Netto, 2001; Vendramini et al., 2002; Brunello et al., 2009; Ponce et al., 2011).

Com a descentralização, o Ministério da Saúde (MS) estabelece que cada Município deve atingir as seguintes metas: detectar pelo menos 70% dos casos estimados; curar 85% dos casos diagnosticados; manter taxas de abandono em 5%; expandir o TDO; realizar busca de sintomáticos respiratórios, examinar 100% dos sintomáticos respiratórios e ofertar teste anti-HIV para 100% dos adultos com TB (Brasil, 2004).

Em 2005, após a avaliação da OMS, quanto aos 22 países que apresentavam piores situações da TB, responsáveis por 80% dos casos, verificou-se que o Brasil encontrava-se na nona pior taxa de cura da doença, quando ocupava o 15º lugar entre esse conjunto, não atingindo as metas estimadas pela OMS (Barreira, Grangeiro, 2007). O Brasil encontra-se na lista liderada pelos seguintes países: Índia, China, Indonésia, África do Sul e Nigéria (Fundo Global Tuberculose, 2009; Basília, 2009).

Nesta perspectiva, na busca de fortalecer a capacidade de resposta para o controle da TB, e demais problemas de saúde, dentre outros motivos, foi elaborado o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006). A partir de modelos menos hierarquizados, tal Plano passou a permitir que estados e municípios elaborassem uma agenda, priorizando as doenças específicas em consonância à realidade local e regional, definindo os recursos orçamentários e garantindo a execução de um conjunto de ações com responsabilização para os gestores das esferas de governo Municipal, Estadual e Federal (Schneider et al., 2009).

Alternativa foi proposta para fortalecer a estratégia DOTS em grandes centros urbanos com alta carga de TB. Esta se utiliza de um modelo de gestão, com equipes de receptores, incentivando a participação de organizações e da sociedade civil, numa perspectiva de *performance*, para desenvolver ações conjuntas, buscando obter melhores resultados nos indicadores que foram pactuados com o Fundo Global, como a taxa de êxito de tratamento. Direciona-se ao atendimento da população prisional, de pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza e pessoas em situação de rua, além de direcionar-se aos locais que apresentam baixa taxa de cura, alta taxa de abandono e carga da doença (Projeto Fortalecimento [...], 2007).

A tentativa é convergir às atividades, processos, produtos e resultados para alcançar indicadores de resultado e de impacto. Para tanto, utiliza-se como ferramenta, o Plano de Monitoramento e Avaliação – M&A, com o objetivo de acompanhar a execução física e financeira. Tal Plano é alimentado por vários sistemas de informação e relatórios de atividades e tem se como proposta, criar um Sistema Complementar de Informações que possibilite delinear eventuais modificações no planejamento de novas atividades (Projeto Fortalecimento [...], 2007).

Cabe destacar importantes avanços, no Brasil, quanto ao controle da TB, que foram evidenciados, nos últimos dez anos, isto é, na primeira década do ano 2000, com queda de 15,9% na incidência, quando pela primeira vez, os casos da doença foram inferiores a 70 mil, e constatou-se redução na mortalidade (23,4%), mas ainda se requer de grande investimento para que a enfermidade deixe de ser uma preocupação de saúde pública (Boletim Epidemiológico, 2012).

Entretanto, o percentual de cura entre os casos novos, considerado o principal indicador de avaliação das ações de controle da TB, foi de 73,5%, em 2009,

e 70,3% em 2010, portanto, apresentou respostas menores do que as metas recomendadas pela OMS, que estabelece curar, pelo menos, 85% dos casos (Boletim Epidemiológico, 2012). Supõe-se que tal situação é reflexo da taxa de abandono do tratamento, que apresentou declínio mínimo e passou de 11%, em 2001, para 8%, em 2008, também não alcançando a meta estabelecida pela OMS, de 5%, até 2015 (Brasil, 2009a).

Nesse contexto, verifica-se a importância particular do abandono. A adesão ao tratamento não se resume à prescrição e tomada da medicação, mas deve incorporar desde o imaginário dos doentes, isto é, a forma como entendem a doença, a forma como a enfrentam, incluindo-se, ainda, a organização dos serviços de saúde (Bertolozzi, 1998). Para isso, requer uma abordagem ampla, que reconheça as necessidades dos doentes e suas vulnerabilidades, para reorientar as intervenções, requerendo, também, a elaboração de políticas públicas que eliminem as injustiças sociais e contribuam para reverter o persistente quadro da TB.

A seguir, apresentam-se alguns aspectos que compõem a magnitude da TB e as respostas para o controle da doença no âmbito estadual e municipal de São Paulo.

1.4 A TUBERCULOSE EM SÃO PAULO

Muito da história da TB encontra-se na trajetória do desenvolvimento do Estado de São Paulo como, por exemplo, a criação da Liga Paulista Contra a TB e de tantas outras organizações não governamentais, além da participação de profissionais de saúde, da sociedade civil e outros que se articulam para controlar a doença.

O Estado de São Paulo implantou, em 1975, o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria da Saúde, responsável pela coordenação das atividades de controle da TB junto aos municípios (São Paulo, 2012). A reorganização do atendimento à TB ocorreu em 1980, com a criação do sistema centralizado de controle e vagas, que foi importante para consolidar o tratamento ambulatorial. O Estado apresentou altas taxas de internações por TB, em 2001, que sinalizava a grave situação do diagnóstico tardio da doença, quando 58% dos casos

eram identificados nas emergências e pronto-socorros (PS). Para tanto, foram desenvolvidos protocolos de atendimento, objetivando o diagnóstico precoce e a continuidade do tratamento, na APS, tendo sido também implementadas medidas de biossegurança e de garantia da continuidade de exames. Constitui-se diretriz da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, busca disponibilizar os resultados de baciloscopia em quatro horas nos serviços de urgência e, em 24 horas na rede ambulatorial. A Unidade Federativa conta com suporte hospitalar, que tem como referência para TB, a unidade do Município de Campos do Jordão, que atende as necessidades de internação de pessoas em situação de rua e/ou de doentes em outras condições de vulnerabilidade (Galesi, Almeida, 2007).

Ao longo dos anos, a TB representa um problema de expressiva magnitude, no Estado de São Paulo, que notifica o maior número de casos anualmente, mas, em termos de coeficiente de incidência da TB não é o maior do Brasil. Na década de 2000 houve importante declínio de 22% na taxa de incidência, e mais de 50% na mortalidade. A explicação para tais mudanças está relacionada à descentralização das ações do Programa e à implantação do TDO, entre outras ações de controle. No entanto, a doença, ainda, tem importante impacto na população paulista e na saúde pública (Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), 2010; São Paulo, 2010a).

De fato, verifica-se que o Estado ainda não conseguiu cumprir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, vinculadas ao DOTS que, por sua vez, apresenta aproximadamente 50% de cobertura (São Paulo, 2010a).

Quanto à informatização dos dados sobre a TB e a qualidade das informações, o Estado de São Paulo conta com o sistema EPI-TB, desde 1996. Tal iniciativa foi reconhecida pelo PNCT, que premiou a Unidade Federada por possuir mais de 90% das informações sobre o encerramento dos casos. Este sistema foi substituído, em 2006, pelo TBweb, que permite realizar notificações *on line*, e garante a utilização de um banco único de dados, minimizando a multiplicidade de registros dos pacientes que se deslocavam para outros municípios, além de permitir maior comunicação entre os diversos níveis de vigilância (Galesi, 2007). Percebe-se que esta ferramenta tecnológica é poderosa alternativa para avaliações mais rápidas sobre o desfecho dos casos.

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) junto à Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) têm evidenciado esforços para manter o controle da TB, consolidando estratégias, a partir da co-responsabilidade intersetorial, articulada à APS e compartilhada com a sociedade civil. Conforme anteriormente apontado, o DOTS já possibilitou melhora dos indicadores epidemiológicos (Boletim TB Cidade de São Paulo, 2009), além da detecção precoce da doença, através da busca ativa de sintomáticos respiratórios, principalmente, em instituições fechadas e da distribuição de incentivos para otimizar a adesão ao tratamento (São Paulo, 2010b). O PCT evidenciou importante aumento de cerca de 500% no número de exames realizados, entre 2002 a 2010 (São Paulo, 2011c).

Segundo o CVE do Estado de São Paulo, o número total de casos novos e de tuberculose pulmonar, em 2010, foi de 16.603 mil habitantes (Santos, Fukasava, Galesi, 2012), sendo a maioria no Município de São Paulo. Considerando-se suas várias regiões, os coeficientes de incidência variaram de 44,1 a 57,4/100 mil habitantes. Em 2009, a taxa de cura foi de 74,2%, explicada como decorrente do alto índice de abandono do tratamento (16%) (São Paulo, 2011c).

A explicação para tal incidência reside no fato do Município de São Paulo conter cerca de um quarto da população do Estado (Silva, 2004). Além disso, conta com diversidade da população, que difere em relação ao grande contingente composto de imigrantes e pessoas que vivem em situação de rua. Em relação ao expressivo número de imigrantes, a maioria é oriunda de países que apresentam alta incidência de TB, como a Bolívia (Carballo, Nerukar; 2001).

Autores apontam a influência da imigração sobre o comportamento da doença no Município, principalmente, em alguns distritos (Antunes, Waldman, 2001; Lindoso et al., 2008), devido à aglomeração e às condições desfavoráveis de vida e trabalho. A Secretaria Municipal da Saúde e a Pastoral do Imigrante têm promovido algumas medidas nos serviços de saúde para atender essa população, tais como: disponibilização de informativo em espanhol sobre a TB e promoção de medidas para promover o acesso às unidades de saúde (Melo, Campinas, 2010). Quanto às pessoas em situação de rua, a ESF disponibiliza equipe específica para assisti-los, e estes recebem apoio por parte de casas de convivência e albergues (Canônico, 2007).

A situação da TB, no Município de São Paulo, traduz a desigualdade social presente nas grandes metrópoles, o que acaba por repercutir diretamente na

complexidade da adesão ao tratamento, e na alta taxa de abandono, como se verifica nos dados epidemiológicos. O grande desafio da adesão parece estar posto na carência de uma abordagem ampla sobre a situação de vida e de trabalho dos doentes, que podem trazer implicações no processo terapêutico.

Percebe-se então, a necessidade de desvelar os entraves da adesão ao tratamento, o que pode ocorrer a partir da utilização de guias que direcionem melhores práticas no cuidado aos doentes (Williams et al.; 2007) ou de instrumentos que possibilitem o monitoramento da adesão. Tais iniciativas podem agregar ações de promoção e cuidado, para além da abordagem estritamente biológica e da observação da tomada da medicação.

1.5 A CONTEXTUALIZAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO: CONCEITO, MODELOS, INSTRUMENTOS E ESTRATÉGIAS PARA SEU INCREMENTO

A referência quanto ao seguimento de prescrições médicas foi introduzida por Hipócrates, há cerca de 2.400 anos (Telles-Correia et al., 2007). No entanto, o conceito de adesão emerge como preocupação, na década de 50, no caso de pacientes hipertensos (Dixon, Stradling, Woolton, 1957).

Na língua inglesa encontra-se divergência quanto ao conceito de adesão: há autores que consideram o termo *adherence* mais adequado e o descrevem como o esforço do paciente em seguir o tratamento (Robin, Salovey, 1989), e nesta abordagem, o sujeito é tomado como atuante e responsável (Leite, Vasconcellos, 2003). Nesta perspectiva, verifica-se a “aliança terapêutica” entre o profissional de saúde e o doente, sendo reconhecidas as responsabilidades de todos os envolvidos no tratamento (Vermeire et al., 2001; Osterberg, Blaschke, 2005).

O termo *compliance* foi desenvolvido por Haynes, em 1979, que entende a adesão como grau de conformidade da pessoa em relação ao regime terapêutico proposto (Haynes et al., 2008). Entretanto, colocam-se algumas críticas sobre tal enfoque, que se referem à condição de submissão do paciente às recomendações dos profissionais de saúde, os quais não teriam autonomia na decisão quanto ao

tratamento a ser seguido (Almeida et al., 2007), ou pelo fato de que excluiria a interferência da família e de cuidadores no suporte à adesão (Gonçalves et al. 1999).

No idioma português, o termo *adesão* tem os seguintes significados:

[*do Lat. Adhaesione*] S.f. **1.** Ato de aderir; aderência. **2.** Assentimento, aprovação, concordância. **3.** Manifestação de solidariedade a uma idéia, a uma causa; apoio [...]. **4.** Aderência. (Ferreira, 2003, p.51).

Ou: **1.** Ação ou efeito de aderir. **2.** Acordo **3.** Consentimento (Michaelis, 2008 p. 17).

Ou: **1.** Aceitação por princípios de idéia (uma doutrina, um modo de vida, etc), apoio, reconhecimento; manifestação de aprovação e aceitação [...] (Houaiss, Villar, 2001, p.82).

O ato de aderir, por princípio de idéia e reconhecimento, coloca em foco a compreensão do papel ativo do doente no controle do tratamento. Ao mesmo tempo, implica na identificação de outros elementos relacionados a esse processo amplo e complexo.

Para explicar a questão da adesão ao tratamento, já foram propostos vários modelos, dentre eles, o “*Health Belief Model*”, adotado nos EUA, desde a década de 70. Este modelo consiste na explicação dos comportamentos e atitudes das pessoas perante sintomas e doenças, e permite estudar a adesão à prescrição terapêutica (Rosenstock, Strecher, Becker, 1988).

Após reformulações, esse modelo passou a incluir questões relacionadas às motivações (práticas e comportamentos preventivos), à confiança do doente no profissional de saúde (médico) e à relação médico-paciente.

Entretanto, tal modelo apresenta restrições, pois parte da premissa de que o indivíduo deve ser consciente e principal responsável por sua saúde. Ademais, na interação médico-paciente, este último apresenta-se em posição de submissão ao saber médico, além de classificar as pessoas como aderentes/não aderentes ao tratamento, quando restringe a aderência à tomada da medicação (Rosenstock, Strecher, Becker, 1988).

Outros modelos teóricos ajudam a explicar e a intervir na adesão ao tratamento e a seguir são apresentados (Jardim, 2001):

- O modelo Sociodemográfico explica a não-adesão por fatores de risco associados ao sexo, idade, estado civil, nível educacional e econômico, bem como à qualidade e ao acesso ao serviço.
- O modelo Educacional e de Crenças de Saúde utiliza a informação para despertar o indivíduo sobre a doença, a gravidade e o risco de complicações.
- O modelo de Estímulo às Emoções fundamenta-se nos modelos anteriores e parte da premissa de que é necessário despertar o sentimento de medo pela doença.
- O modelo Comportamental, após modificações, passou a ser chamado de “Teoria de Aprendizagem Social” e considera que tanto o indivíduo como o meio são responsáveis por gerar o comportamento final, que inclui mudanças de atitudes resultantes de estímulos e de recompensas.
- O modelo da Auto-Regulação busca incorporar o conhecimento da doença, sua importância e risco e inclui o planejamento da ação. Tem o comportamento desejado como meta.

Por fim, o modelo “Relacional” parece apresentar maior contribuição quando se interpreta a adesão como uma trama que envolve aspectos que não podem ser lineares e, tampouco, trata-se apenas de um comportamento. Neste, a relação profissional-paciente é valorizada, ao incluir o afeto, a amizade e a cumplicidade (Jardim, 2001).

Entre os modelos e teorias de mudança de comportamento, o Transteórico tem encontrado terreno fértil no campo da Saúde Pública. São exemplos de comportamentos de saúde, a adesão à medicação, a cessação do uso abusivo de substâncias e a adoção de exercícios. Esse Modelo leva em conta: as fases que constituem os processos de mudança, o balanço decisório ou os prós e contras que envolvem a mudança, a confiança situacional ou auto-eficácia na mudança de comportamento e as “tentações” que podem levar à recaída (Redding et al., 2000).

Todos esses modelos foram introduzidos para compreender a conduta do doente diante de sua condição de saúde-doença, das recomendações médicas e dos cuidados adotados. Na literatura, podem ser identificados mais de 30 teorias psicológicas de mudança de comportamento, que buscam melhorar a adesão ao

tratamento (Michie et al., 2005), mas há necessidade de aprofundar e identificar a relevância das teorias, principalmente, para o tratamento medicamentoso em longo prazo (Munro S et al., 2007). Esses modelos representam esforços empreendidos frente às dificuldades de diagnosticar os possíveis elementos relacionados, principalmente, ao complexo tema da adesão ao tratamento. Entretanto, Jardim e Jardim (2006) consideram que os modelos teóricos que fundamentam as práticas de saúde não encontraram, até o momento, elementos que pudessem diferenciar o comportamento dos indivíduos quanto à adesão às prescrições medicamentosas ou não medicamentosas.

Quanto às formas de mensuração, Roter et al. (1998), em investigação sobre a adesão, categorizaram, primariamente, as seguintes: resultados de tratamento de saúde (medidas de pressão e hospitalização), indicadores diretos (resultado de exames de urina ou sangue, perda de peso), indicadores indiretos (contagem de pílula), relatos subjetivos do paciente e do profissional de saúde (comparecimento do paciente para consulta ou uso de serviços preventivos). Corroborando com essa proposição, verificam-se, nos Quadros 1 e 2, os métodos diretos e indiretos de avaliação da adesão ao tratamento, com suas respectivas vantagens e limitações (Oigman, 2006, p.32).

Verifica-se que a maioria dos métodos está relacionada aos doentes, e constata-se preocupação centrada na regularidade da tomada da medicação e nas respostas laboratoriais; apenas um método está relacionado ao profissional de saúde.

Quadro 1 – Métodos indiretos de medida da adesão

MÉTODO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Relatório do paciente	Fácil, fornece indícios quanto aos efeitos colaterais e custo do medicamento, estilo de vida, dentre outros.	Reprodução limitada, o paciente pode superestimar a taxa real da adesão.
Opinião do médico	Fácil, baixo custo e de alta especificidade.	Baixa sensibilidade pode superestimar a adesão.
Diário do paciente	Permite simples correlação com eventos externos e/ou efeito do medicamento.	Requer grande colaboração do paciente, pois os idosos em geral esquecem os dados. Requer “criatividade” do doente para superar a realidade.
Contagem de comprimidos	Fornecer taxa média de adesão.	Paciente pode mascarar os dados por manipulação.
Reabastecimento de comprimidos	Fornecer taxa média de adesão.	Trabalhoso, requer programa de computação e centralização dos registros e dispensários de medicamentos.
Resposta clínica	Fácil, baixo custo.	A resposta clínica não pode ser baseada apenas na adesão.
Monitorização eletrônica da medicação	Avalia tanto a taxa média quanto a dinâmica da adesão. Não está sujeita à manipulação pelo paciente.	Alto custo. Requer o retorno dos frascos especiais pelo paciente e análise dos dados acumulados por meio de computador.

Fonte: extraído de Oigman (2006).

Quadro 2 – Métodos diretos de medida de adesão através da medicação

MÉTODO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Análise biológica	Permite a determinação da concentração do medicamento.	Análise quantitativa nem sempre disponível, dispendiosa, requer amostras de diferentes fluidos do organismo, pode ser afetada por fatores biológicos.
Composto traçador	Permite análise semi-quantitativa do estado fixo do medicamento, ou seja, baseia-se na adição, ao medicamento em uso, de outra substância inócua ao organismo	Nem sempre fácil de combinar o traçado com o índice da medicação, requer amostragem de fluidos corporais (sangue, urina).

Fonte: Oigman (2006).

Na prática clínica, os métodos diretos e indiretos são cada vez mais utilizados, dado o aumento das doenças crônicas, que requerem tratamento continuado e monitoramento minucioso para caracterizar uma estimativa da adesão ao tratamento (Haynes et al., 1980; Vermeire et al., 2001; WHO, 2003). A utilização

da contagem de comprimidos é considerada mais precisa (Choo et al., 1999; Hamilton, 2003), embora tendenciosa e difícil de administrar (Lee J et al., 2007). Outras medidas são o auto-relato e o relatório do paciente (Choo et al., 1999; Hamilton 2003). Este último é considerado um indicador qualitativo e preditor da adesão (Choo et al. 1999).

Estudos apontam que a adesão ao tratamento implica em questões objetivas (métodos de tratamento, prescrição não-medicamentosa, comportamentos dos doentes em relação ao atendimento das prescrições), e subjetivas (atitudes dos pacientes, crenças, percepções, desejos, ganhos, e ônus com a doença) (Simonetti, Batista, Carvalho, 2002; Péres, Magna, Viana, 2003). Essas questões devem ser levadas em conta pelos profissionais de saúde, pois não basta a prescrição medicamentosa se a adesão está associada a aspectos emocionais e às experiências práticas de vida.

Na literatura identificam-se mais de 200 variáveis, para determinar o comportamento das pessoas em relação à adesão ao tratamento, mas autores indicam que nenhuma delas pode ser considerada consistente para predizê-la (Morisky, Green, Levine, 1986; Vermeire et al., 2001). Nesse sentido, reconhece-se que cada método tem limitações e potencialidades, mas aponta-se a falta de um padrão-ouro, recomendando-se a combinação de diversos métodos e medidas (Choo et al., 1999; Farmer, 1999; Berg, Arnsten, 2006). Embora seja um desafio identificar a forma mais adequada e efetiva para se mensurar a adesão, o aprimoramento das medidas pode proporcionar informações mais precisas sobre os preditores da adesão e identificar os doentes mais vulneráveis à não adesão. Para tanto, os métodos devem ter como base, os contextos socioculturais e econômicos de cada localidade (Polejack, Seidl, 2010).

A respeito da construção de instrumentos que mensurem a adesão ao tratamento, no Quadro 3, a seguir, identificam-se algumas escalas testadas e validadas. Os instrumentos relacionados contêm de 1 a 21 questões, apresentando respostas de 1 a 4 ou podem ser dicotômicas (sim e não). A maioria dos estudos arrolados, a seguir, utilizou-se de instrumentos internacionais que foram validados no Brasil, ou foram correlacionados a outros métodos, já validados, com o intuito de ampliar as dimensões da adesão ao tratamento e se estabelecer um ponto de corte (padrão-ouro) que especifique a adesão.

Percebe-se, também, que os instrumentos desenvolvidos para avaliar a adesão ao tratamento, embora conceitualmente busquem assumir um construto de múltiplas dimensões, de fato, a maioria avalia o tratamento medicamentoso, quanto ao comportamento do indivíduo doente diante do tratamento (posologia, frequência, doses esquecidas) e inclusão de avaliações clínicas, por meio de exames laboratoriais.

Quadro 3 – Escalas e itens dos instrumentos e formas de abordagem para medir a adesão ao tratamento de doenças crônicas e infecciosas

Autoria do Estudo	Itens e abordagem
Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). Morisky, Green, Levine et al., 1986.	Avaliar a adesão aos medicamentos (comportamento não-aderente) Consiste de 4 perguntas: 1. Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio? 2. Você, às vezes é descuidado para tomar seu remédio? 3. Quando você se sente melhor, às vezes, você pára de tomar seu remédio? 4. Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você pára de tomá-lo? Uma resposta afirmativa a qualquer uma dessas perguntas classifica a não-adesão. Confiabilidade alfa = 0,61
Questão elaborada por Haynes et al. 1980.	Abordagem: tem algum tipo de problema para tomar seu remédio? -Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a). teve dificuldades para tomar seus remédios da pressão? Respostas dicotômicas: sim ou não. Se a resposta for afirmativa, classifica a não-adesão.
Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids (QAM-Q). Santa Helena, Nemes, Eluf-Neto, 2008	Composto de três perguntas, aplicado às pessoas com hipertensão arterial. Associado a outros quatro métodos: teste de Haynes, Morisky, contagem de comprimidos e desfecho clínico. Questionário multidimensional desenvolvido para avaliar: Abordagem do ato: se o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos. Processo: como toma o medicamento no período de sete dias, se pula doses, se toma de modo errático, se faz “feriados”. Resultado de aderir (desfecho referido): se a pressão estava controlada. Perguntas adotadas: 1. Nos últimos sete dias, em quais dias da semana o(a) Sr(a). não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido deste remédio? 2. Nestes dias, quantos comprimidos o(a) Sr(a). deixou de tomar ou tomou a mais? 3. Como estava sua pressão na última vez que o(a) Sr(a). mediu?

(continua)

(continuação)

Autoria do Estudo	Itens e abordagem
Reported Adherence to Medication (RAM). Horne, 1997 ² , citado por Pratt et al., 2001.	Composta por quatro itens, que medem graus de adesão, ou seja, as vezes que o paciente se esquece de tomar ou altera doses da medicação e como percebe o próprio esquecimento ou alteração. Nessa escala, os itens valem 5 pontos e os valores oscilam entre 4 (muito aderente) até 20 (não aderente).
Escala de expectativa de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral. Leite, Drachler, Centeno et al., 2002.	Composta por 21 itens, que emergiram de análise de conteúdo e pautada na Teoria Cognitivo-Social de Bandura (1977, 1986, 1997) em relação ao comportamento de prevenção em saúde. - Dimensões da expectativa de auto-eficácia e adesão ao tratamento: magnitude, força e generalização - escala codificada de 0 a 4 pontos (não vou tomar mesmo, acho que não vou tomar, não sei, acho que vou tomar, e “com certeza vou”). - Alfa de Cronbach de 0,96.
Patient Adjustment to Medication (PAM). Pratt et al., 2001.	Mede a adesão em relação à orientação, isto é, como o paciente segue as orientações dadas pelos profissionais de saúde em relação à dose, horário e frequência. São três itens, avaliados com 4 pontos, variando de 3 (sempre segue as orientações - aderente) a 12 (nunca segue as orientações - não aderente).
Visual Analogue Scale (VAS). Gould et al. 2001.	Baseia-se em perguntas feitas aos pacientes e confere percentuais de adesão usando cartões com variações de percentuais.

(conclusão)

Quanto à produção direcionada à abordagem das pessoas com TB em relação à promoção da adesão, na literatura internacional, constata-se que, de modo geral, se utilizam de estratégias simplificadas, tais como: cartões de lembrete enviados aos pacientes faltosos; ajuda aos pacientes leigos por profissionais de saúde; oferta de incentivos sociais; atividades de educação em saúde; e, supervisão ao tratamento nas clínicas de tuberculose (Volmink, Garner, 1997).

Identificou-se, também, a utilização de métodos e medidas mais sofisticados e combinados para monitorar o paciente em tratamento, tais como: teste de cor da urina, aplicação da escala de Morisky, Brief Medication Questionnaire (BMQ). Este último consiste de três seções (telas) com perguntas sobre o comportamento relacionado à adesão, os efeitos do tratamento e outros fatores que podem afetar a adesão. Outros métodos e medidas tratam de: visitas de recarga e contagem de comprimidos, utilização do Medication Event Monitoring System

² Horne R. The nature, determinants and effects of medication beliefs in chronic illness [dissertation]. University of London, 1997.

(MEMS): Sistema de Monitoramento Eletrônico e AIDS Clinical Trials Group Adherence Questionnaire (Van den Boogaard et al., 2011).

Na literatura brasileira, identificou-se um instrumento, que foi adaptado do Primary Care Assessment Tool (PCTA) (Starfield, 2002), que busca avaliar a organização e o desempenho das ações de controle da TB nos serviços de atenção básica à saúde, validado no Brasil por Villa e Ruffino-Netto (2009). O instrumento é composto por 108 questões com respostas dicotômicas (sim e não) e escala de cinco pontos (tipo Likert), que abordam as dimensões da Atenção Básica como: porta de entrada, acesso (ao diagnóstico e ao tratamento), vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade. Portanto, não está direcionado imediatamente à adesão ao tratamento.

Em 2010, o Brasil implantou, inicialmente em alguns municípios, o esquema de tratamento de Dose Fixa Combinada (DFC), conhecido como “quatro em um”, a ser administrado nos primeiros dois meses de tratamento e de comprimidos “dois em um” para os últimos quatro meses. O novo esquema medicamentoso tem como propósito melhorar a compreensão dos doentes com TB quanto à posologia, reduzir a quantidade de doses diárias, diminuir os custos e, possivelmente, melhorar a adesão ao tratamento para os casos novos, além de aumentar os índices de cura (Brasil, 2009c). Quanto ao TDO, o PCT sugere que os municípios realizem o monitoramento do doente, registrando-o na ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do TDO com assinatura do responsável (Brasil, 2011a).

Percebe-se que, no âmbito da complexidade da adesão ao tratamento, tem-se priorizado o monitoramento através de métodos variados e combinados. Entretanto, há necessidade de aprofundar os estudos que apresentem inovação em relação aos indicadores, que mensurem a adesão ao tratamento, incluindo inovações de tecnologias leves, que possibilitem integrar enfoques metodológicos diversos (Campos, Fleury-Teixeira, 2005). É nesse sentido que o desenvolvimento do instrumento de monitoramento dos marcadores de adesão ao tratamento, proposto neste presente estudo, visa o aprimoramento da vigilância de pacientes com tuberculose.

1.6 BUSCANDO-SE UMA ABORDAGEM AMPLA DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO

Ao proceder a uma extensa revisão bibliográfica sobre o tema da adesão, Bertolozzi (1998) constatou importante produção no âmbito internacional, em comparação à produção científica nacional, apontando que preponderam as referências que imputam o abandono como de responsabilidade exclusiva do doente ou, no âmbito dos serviços de saúde. Como exemplo, Haynes & Dantes (1987) definem a adesão em termo do comportamento pessoal, que definiria a decisão de tomar a medicação, de seguir as prescrições médicas e mudar o estilo de vida. Da perspectiva dos serviços de saúde, o autor toma como exemplo a instituição que presta assistência, além de apontar o acesso à terapia medicamentosa.

Sumartojo (1993), na busca de compreender preditores de baixa adesão, os identificou a partir da observação e experiência profissional, alertando que os mais comumente utilizados são: idade, sexo e renda. Entretanto, aponta que estes não traduzem o fenômeno da adesão, ao excluir outras situações/condições interligadas às questões estruturais e operacionais dos serviços de saúde, às práticas de saúde e ao espaço geográfico.

Ampliando as observações anteriores, Bertolozzi (1998) menciona a necessidade de avaliar os processos que potencializam ou limitam a adesão ao tratamento, e considera fundamental conhecer aspectos de inserção social dos pacientes. Tal visão difere da correntemente divulgada, que relaciona a não adesão apenas às questões comportamentais e individuais que, em geral, tomam o doente como negligente em relação ao seu processo saúde-doença, considerando-se a questão social apenas como um atributo do indivíduo, como um fator a mais na cadeia de causalidade da doença, que apresenta igual peso em relação às demais variáveis que, conjugadas, numa somatória, teriam como resultado final e linear o abandono ou a adesão ao tratamento.

As interpretações, constatadas na literatura, em geral, pouco valorizam a determinação social. Assim, Bertolozzi (1998) aponta a necessidade de que sejam realizadas análises amplas, que permitam identificar a radicalidade da não-adesão. Nesse contexto, advoga que a adesão compreende uma complexa trama que inclui o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade (sua inserção no processo de produção e

reprodução social); a concepção que o doente apresenta acerca da enfermidade e, portanto, suas atitudes em relação ao enfrentamento da enfermidade, além da forma como se organizam os serviços de saúde.

A seguir, apresentam-se algumas particularidades elencadas por Bertolozzi (1998), a respeito das percepções dos doentes com TB e dos trabalhadores de saúde quanto à adesão.

Para o doente, a adesão ao tratamento é percebida pela participação dos diferentes atores que participam do cuidado: a família e os trabalhadores da saúde. Estes podem apoiar o doente no enfrentamento do processo saúde-doença, fortalecendo-o na situação adversa, neste caso, a TB.

Para a autora, ainda, a adesão apresenta-se articulada aos processos que integram a vida das pessoas no cotidiano e “[...] concretiza-se em virtude do estabelecimento de um projeto que está vinculado à sua posição no processo de produção e de reprodução social” (p.181). A estes elementos, acrescentam-se outros, que se referem ao relacionamento com os profissionais de saúde na assistência, que deve promover respostas às necessidades dos doentes, e isto inclui a compreensão sobre sua inserção no trabalho. O processo de trabalho dos profissionais de saúde deve buscar entender “[...] o cotidiano do indivíduo, e buscar captar quais motivações, percepção e grau de autoconfiança que apresenta, para superar a situação de enfermidade e compreender o que valoriza perante a vida”. Isto revela o compromisso de se aproximar do outro e não vê-lo apenas como objeto de intervenção (Bertolozzi, 1998; p.196).

Assim, a adesão ao tratamento requer dos profissionais de saúde, segundo Sánchez, Bertolozzi (2009) e Queiroz, Bertolozzi (2010):

- Apreender-decodificar-reconstruir significados relativos ao processo saúde-doença, e
- Captar se o enfrentamento da tuberculose inclui a proposição de projetos de vida pelos enfermos.

Após as considerações apresentadas e com base na necessidade de ampliar o conceito de adesão ao tratamento, além da dificuldade de identificar instrumentos que adotem um conceito amplo da adesão ao tratamento, enfatiza-se a necessidade da construção e validação de marcadores, com potencial para o seu

monitoramento com maior acurácia a adesão ao tratamento. Portanto, o presente estudo buscou responder à seguinte questão: a prática dos serviços de saúde, no âmbito de Atenção Primária à Saúde, pode dispor de marcadores que auxiliem na detecção precoce de vulnerabilidades à adesão ao tratamento da tuberculose?

A finalidade da construção de um instrumento de monitoramento dos marcadores de adesão ao tratamento da TB é obter um instrumento confiável, com boas qualidades psicométricas, que funcione como sentinela para detectar vulnerabilidades na adesão dos doentes em tratamento. O instrumento que se apresenta permite aprimorar a abordagem da adesão ao tratamento, ao valer-se do referencial teórico da determinação social do processo saúde-doença e do conceito proposto por Bertolozzi, para sustentar projetos de intervenção, na APS, que produzam impacto desejado, com práticas qualificadas para responder às necessidades dos indivíduos/grupos sociais e contribuir para o controle da TB.

Esta ferramenta pode ser adotada pelos profissionais de saúde na operacionalização do cuidado e para o monitoramento dos doentes com TB. Destaca-se sua importância para a compreensão das dificuldades da adesão e para o delineamento de estratégias e intervenções que melhorem os resultados terapêuticos e a interação com os doentes e suas famílias.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor um instrumento de marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose, operacionalizável em unidades de Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico de doentes assistidos em unidades básicas de saúde, da região Centro-Oeste do Município de São Paulo;
- Identificar seus escores relacionados aos marcadores de adesão ao tratamento em duas etapas do tratamento: por volta dos primeiros 30 dias e por volta dos 90 a 140 dias;
- Verificar a ocorrência de mudanças nos escores da primeira para a segunda fase da coleta de dados;
- Verificar diferenças de escores entre o grupo de doentes que aderiu e que não aderiu ao tratamento;
- Identificar os marcadores com maior potência para medir a adesão ao tratamento da tuberculose.

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

O presente estudo tem como referencial, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença e a categoria analítica adesão ao tratamento, proposta por Bertolozzi (2005).

Segundo a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, a saúde-doença integram um único processo histórico, dinâmico, e é produto da forma como a sociedade está estruturada, incluindo seus modos de produção e de reprodução social (Breilh, 1991; Egry, 1996).

Segundo Laurell (1982), a comprovação da historicidade do processo saúde-doente é expressa nos perfis epidemiológicos dos grupos sociais. Os perfis epidemiológicos concretizam os desgastes, aos quais indivíduos estão submetidos e, também, os processos de fortalecimento (Breilh, 1991; Egry, 1996).

O caráter social de saúde-doença evidencia que os processos individuais entrecruzam-se e são mediados pelas forças econômicas, políticas e culturais que operam como um todo, acima das circunstâncias e vontades individuais [...] (Breilh, 1991, p.202).

A determinação do processo saúde-doença pode ser apresentada a partir das seguintes dimensões: estrutural, particular e singular. Esta última compreende os processos mais próximos ao indivíduo e se expressa na forma como as pessoas se inserem na estrutura social, e como se reproduzissem socialmente. Isto traz consequências sobre suas formas de viver, adoecer, envelhecer e morrer. Na dimensão particular, os processos de reprodução social se manifestam nos perfis epidemiológicos de classe e no perfil de saúde-doença. A dimensão estrutural compreende os processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção, da formação econômica e social e as formas político-ideológicas que legitimam a organização social (Fonseca, Egry, Bertolozzi, 2001; Egry, 1996).

Nessa concepção, a análise do processo saúde-doença de um dado grupo social deve incluir a totalidade dos fenômenos que operam na realidade social, que se relacionam e não podem ser interpretados isoladamente. Assim, o conceito de adesão

ao tratamento, que é base do presente estudo, está plenamente posto na determinação social da saúde-doença

A investigação integra a linha de pesquisa que se refere ao estudo da categoria analítica adesão, proposta por Bertolozzi (1998, 2005). Segundo a autora, a adesão ao tratamento tem caráter amplo, transcende o eminentemente biológico, clínico e comportamental. O conceito envolve o plano relativo ao sujeito, com destaque para a apreensão sobre o entendimento do doente a respeito do adoecimento; sobre suas condições de vida e trabalho, que determinam o enfrentamento da doença; e sobre como se processa a adesão ao tratamento. Envolve ainda, o plano que se refere à organização dos serviços de saúde, enfatizando-se as relações dos profissionais de saúde com os usuários dos serviços de saúde, o acolhimento às suas necessidades e a acessibilidade destes às unidades de saúde (Bertolozzi, 1998).

O conceito de adesão que embasa o presente estudo é o seguinte:

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que inclui os processos que levam – ou não – ao desenvolvimento da vida com dignidade (Bertolozzi, 2005, p.167).

3.2 MARCADORES DE ADESÃO

Tradicionalmente, indicadores de saúde apresentam-se numericamente. São considerados medidas-síntese, que promovem informações relevantes sobre determinados atributos e, em conjunto, apresentam indícios quanto à situação sanitária de uma população, e da vigilância de suas condições de saúde, facilitando a quantificação e a avaliação das informações (Rede Interagencial de Informação para a Saúde, 2008).

Quanto ao seu propósito, são qualitativos ou quantitativos, e apóiam a avaliação de processos e de resultados, configurando-se em importante instrumento de gestão. De modo geral, podem ser construídos para medir ou revelar aspectos referentes ao indivíduo, aos grupos, à coletividade, à cultura, política, economia,

dentre outros. Assinalam tendências, mas não a certeza absoluta quanto aos resultados de uma ação ou de um processo, tendo em vista que se referem aos aspectos tangíveis e intangíveis da realidade, que são dimensões complexas, que requerem conjuntos de indicadores para apreender o que se deseja observar (Minayo, 2009).

Quanto à terminologia “marcador”, é descrita principalmente no âmbito clínico, para a dosagem de níveis séricos de substâncias presentes em tecidos. São exemplos de “marcadores”, os bioquímicos, genéticos e moleculares que apóiam a identificação de certos problemas de saúde, e auxiliam no estabelecimento de diagnósticos, prognósticos, além de contribuir para determinar quadros clínicos, como nos casos de TB, HIV/Aids, câncer e outras enfermidades.

No campo de estudo das ciências sociais, tem-se adotado os denominados marcadores identitários ou marcadores sociais da diferença direcionados ao estudo de dinâmicas culturais, com o intuito de explicar como são constituídas socialmente as desigualdades e hierarquias entre as pessoas. Estes marcadores representam a classe social, idade, gênero, escolhas sexuais, religiosidade, processos políticos e culturais, imigrações, racismo, dentre outros, que se articulam, “como construções locais, históricas e culturais [...]” (Simões et al., 2008, p.10).

O presente estudo defende o uso de “marcadores” e não de “indicadores”, pois os primeiros seriam sinalizadores qualitativos de vulnerabilidades na adesão ao tratamento. Seriam potenciais sentinelas de alarme que possibilitariam deflagrar intervenções cujo norte é a abordagem integral dos indivíduos.

3.3 DELINEAMENTO E ETAPAS DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico, com abordagem quanti-qualitativa. Fundamenta-se na etapa teórica de elaboração de escalas de Pasquali (1999), para medida de fenômenos subjetivos e compõe-se do conjunto de três procedimentos:

- O primeiro contempla a fundamentação teórica do construto;

- O segundo consiste nas etapas de aplicação do instrumento e na coleta de informações que podem avaliar as propriedades psicométricas do instrumento;
- O terceiro se refere aos procedimentos analíticos e análises estatísticas dos dados utilizadas para a validação do instrumento.

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Município de São Paulo, localizado na região Sudeste do Brasil. São Paulo ocupa extensão territorial de 1.530 quilômetros quadrados e divide-se em cinco regiões e 31 sub-Prefeituras. Tinha população estimada de 11.253.503 habitantes, em 2010, com maior contingente na população adulta, entre 20 a 59 anos (6.736.472 pessoas), e apresentou taxa de crescimento de 0,76% entre 2000 e 2010 (IBGE, 2012; São Paulo, 2010c).

O Município, centro global de negócios e inovações, é sede de 38,0% das 100 maiores empresas privadas de capital nacional e de 63,0% dos grupos internacionais instalados no Brasil (São Paulo, 2010c). No entanto, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,841, em 2000 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2012), o que faz com que São Paulo encontra-se entre os 100 municípios com menor IDH do Estado de São Paulo, pois alberga alto contingente de pessoas que vivem em extrema pobreza (Wright, 2012; São Paulo, 2011e).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com 947 estabelecimentos, nas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde e 25 Supervisões Técnicas de Saúde (São Paulo, 2010c). Tal divisão territorial tem por objetivo organizar os serviços de saúde, e pode ser observada na Figura 1.

Esleu-se como cenário do estudo, para a implementação do instrumento, a região Centro-Oeste que, por sua vez, encontra-se dividida em três Supervisões Técnicas de Saúde: Butantã, Sé e Lapa/Pinheiros.

Ressalta-se que, inicialmente, o desenvolvimento do estudo incluiu a Supervisão Técnica de Saúde do Butantã e, posteriormente, as demais Supervisões Técnicas de Saúde da Sé e Lapa/Pinheiros.

A escolha do local do estudo deveu-se, principalmente, aos seguintes motivos:

- A região foi alvo de outros estudos sobre o tema de TB, pelo Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva”.
- O Butantã corresponde à área do extinto Distrito de Saúde Escola do Butantã, criado em 2001 e integra projetos acadêmicos entre os serviços de saúde do Município e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Fundação Faculdade de Medicina, 2004), por meio do projeto Região-Oeste. Trata-se, ainda, de território onde a Escola de Enfermagem, a Faculdade de Medicina e a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP) vêm desenvolvendo projetos de integração ensino-serviço, para qualificar a assistência e atender às necessidades de saúde da população residente nessa área.
- A região Centro-Oeste é área prioritária para o controle da TB: em 2010, apresentou alta taxa de incidência da doença (51,7%) (São Paulo, 2011a; 2011b), baixo percentual de cura (76,5%) e alto percentual de abandono (10,5%) (Boletim TB Cidade de São Paulo, 2009). Essa taxa de incidência coloca a região em terceiro lugar, quando comparada às demais regiões do Município. Ademais, todas essas taxas estão aquém das preconizadas pelo Ministério da Saúde, que estima meta para cura de 85% e, no que diz respeito ao abandono, a sua redução para menos de 5% (Brasil, 2011a).

Fonte: São Paulo, 2011d.

Figura 1 – Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do Butantã – Município de São Paulo

As três Supervisões Técnicas de Saúde que compõem a Região Centro-Oeste do município de São Paulo são compostas pelas seguintes Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Figura 2):

Butantã (14 UBS): Butantã, Caxingui, Rio Pequeno, Centro de Saúde Escola (CSE) Prof. Samuel B. Pessoa da Faculdade de Medicina da USP, Paulo VI, Vila Borges, Jardim São Jorge, Jardim Boa Vista Jardim D'abril, Jardim Jaqueline, Vila Dalva, Real Parque, Rio Pequeno e José Márcilio Malta Cardoso,

Sé (8 UBS): Bom Retiro, Boracéia, Humaitá, Nossa Senhora do Brasil, República, Santa Cecília, Sé e Cambuci.

Lapa/Pinheiros (13 UBS): Vila Ipojuca, Vila Nova Jaguaré, Jaguará, Alto de Pinheiros, Lapa, Vila Romana, Vila Anastácio, Vila Piauí, Vila Anglo, Vera Cruz, Dr. Manoel Joaquim Pêra, Dr. José B. Magaldi e Meninópolis.

Figura 2 – Mapa da Região Centro-Oeste de São Paulo, 2010

Apresentam-se, na Tabela 1, a seguir, as características das Supervisões Técnicas de Saúde segundo população, Incidência da TB, cobertura da ESF, disponibilidade do TDO e dados sobre o abandono e cura de pacientes com TB.

Quanto à incidência da TB na região Centro-Oeste foi de 50,7%, em 2010, diferente do ano anterior, que foi de 49,4% (São Paulo, 2011a; 2011b).

A totalidade das UBS da região da Sé dispõe da ESF, que se apresentou em menor proporção no Butantã (57,1%) e ainda menor no Lapa/Pinheiros (46,2%). O TDO é oferecido em sua totalidade das UBS da Região Sé; em 76,9% das UBS da Região Lapa/Pinheiro; e em 57,1% das UBS do Butantã.

Todas as Supervisões Técnicas de Saúde apresentaram altos percentuais de abandono, com destaque para a região da Sé (21,7%) e baixos quanto à alta por cura, em especial a mesma região mencionada (Boletim TB Cidade de São Paulo, 2009; São Paulo, 2011c), quando comparados ao estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Tabela 1 – Dados das Supervisões Técnicas de Saúde da Região Centro-Oeste de São Paulo

Supervisão Técnica de Saúde	População (número de habitantes)	Incidência de TB (%) ¹	UBS (N°) ²	Cobertura pela ESF (%) ²	TDO (%) ²	Abandono (%) ³	Cura (%) ³
Butantã	428.217	51,7	14	57,1	57,1	13,0	81,8
Sé	431.106	86,3	08	100,0	100,0	21,7	58,0
Lapa/Pinheiros	595.269	26,4	13	46,2	76,9	10,3	62,1
Centro-Oeste	1.454.592	50,7	35	...	...	16,9	65,5

Fontes: 1. São Paulo, 2011b; 2. Dados primários obtidos por ocasião de dados junto às UBS, 3. Boletim TB Cidade de São Paulo, 2009.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO E VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO

O presente estudo valeu-se dos achados dos projetos relacionados à “Adesão ao Tratamento da Tuberculose: operacionalização de indicadores na Atenção Básica”, aprovados e financiados pelo CNPq e DECIT (Processo

307948/2008-0 e 34/2008), coordenados por Bertolozzi (2010³, 2011⁴), que tinham como objetivo, a validação do conceito de adesão ao tratamento, por meio da proposição de indicadores, passíveis de operacionalização no nível local de saúde.

Pacientes em tratamento para a tuberculose em UBS da Supervisão de Saúde do Butantã foram entrevistados e seus depoimentos, após técnica apropriada de análise de discurso, foram sistematizados e apresentados, sob a forma de temas, a 37 profissionais de saúde da mesma região, que atuavam na assistência a pacientes com tuberculose e/ou junto à vigilância epidemiológica. A eles solicitou-se que indicassem a relevância de cada um dos temas para a prática do trabalho na vigilância epidemiológica e para o monitoramento dos doentes com TB em tratamento. De oficina realizada junto a esses profissionais de saúde, resultou a versão do instrumento que contém os temas, doravante denominados como marcadores de adesão ao tratamento da TB (ANEXO 1).

Esse instrumento foi composto por 28 marcadores referentes às condições sociais; conhecimento sobre a doença; aspectos referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao serviço de saúde; impacto da doença no trabalho e na vida; e doenças associadas. À cada marcador correspondiam duas a cinco alternativas de respostas, com escores de 1 a 5, respectivamente. Definiu-se que, quanto mais altos os escores, maiores os potenciais de adesão. O instrumento também continha duas questões abertas.

3.5.1 Validação de Conteúdo

A versão inicial do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento da TB (ANEXO 1) foi submetida à Validação de Conteúdo, por três Especialistas, identificados como E1, E2 e E3. A respeito do número adequado de especialistas para avaliações de conteúdo de testes, não há consenso na literatura, mas é fundamental considerar a sua experiência e qualificação na análise do tema proposto

³ Bertolozzi MR. Contribuição ao fortalecimento da capacidade de resposta à Tuberculose no âmbito do Pacto pela Vida: validação de indicadores de adesão ao tratamento (CNPq Edital 34/2008 Tema 7 Tuberculose). Relatório Científico. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2010.

⁴ Bertolozzi MR. Adesão ao tratamento da tuberculose: operacionalização de indicadores na Atenção Básica” [Relatório Científico]. São Paulo: EEUSP; 2011.

(Polit, Beck, Hungler, 2004; Alexandre, Coluci, 2011). Nesta perspectiva, buscou-se especialistas com extenso conhecimento na epidemiologia da TB e no desenvolvimento de investigações operacionais sobre a doença, contando-se, pois, com professores da Universidade de São Paulo, nas áreas de Medicina e Enfermagem.

Os especialistas foram convidados a participar do estudo e o instrumento lhes foi enviado, por correio eletrônico, solicitando-lhes que atribuísem aos marcadores os conceitos: (A) Muito importante, (B) Média Importância e (C) Não Importante. Depois, durante vídeo-conferência, realizada em agosto de 2010, os especialistas analisaram em conjunto com a Coordenadora do projeto e membros do Grupo de Pesquisa, as atribuições de conceitos, chegando-se a um consenso sobre os marcadores que deveriam compor o instrumento.

3.5.2 Atualização da revisão de literatura

A seguir, procedeu-se à atualização da revisão de literatura, buscando identificar elementos que poderiam ser acrescentados aos marcadores propostos. Na pesquisa bibliográfica foram utilizadas combinações de descritores controlados e palavras no título e resumo (Quadro 4).

Quadro 4 – Estrutura da estratégia de busca, segundo descritores e palavras no título e resumo, para identificar estudos sobre adesão ao tratamento de tuberculose. São Paulo, 2010

Descritor controlado	Conector	Descritor controlado	Conector	Palavras no título e resumo
"Tuberculosis/complications", "Tuberculosis/diagnosis", "Tuberculosis/drug therapy", "Tuberculosis/education", "Tuberculosis/epidemiology", "Tuberculosis/nursing", "Tuberculosis/prevention and control", "Tuberculosis/psychology", "Tuberculosis/statistics and numerical data", e "Tuberculosis/therapy"	AND	"Patient Compliance", "Compliance", "Medication Adherence", "Guideline Adherence", "Risk Factors", "Therapeutics", "Treatment Refusal", "Treatment Failure"	AND	"adherence", "patient compliance" e "Indicator".

Encontrou-se, no período de 2005 a 2010, nas bases de dados da Pub Med, 140 artigos, com base nos seguintes critérios: ter no título ou no resumo, a palavra adesão ou indicadores e, estar relacionado a doentes com TB. A leitura do resumo determinou a exclusão de vários artigos, tendo em vista que o conteúdo se referia à tuberculose latente; ou focalizava a intervenção realizada e não tratava, mais especificamente, do conceito de adesão e de indicadores relacionados. Resultaram, por fim, 13 artigos.

Para melhor visualização dos estudos, apresenta-se a seguir, no Quadro 5, uma sistematização de seus conteúdos, apresentando aspectos relacionados à adesão e à não adesão.

Quadro 5 – Sistematização dos estudos identificados segundo aspectos relacionados à adesão e à não adesão do tratamento da tuberculose. São Paulo, 2010

AUTOR/ANO/LOCAL	RESUMO DO ESTUDO
Farah et. al., 2005 Noruega.	Estudo de coorte, realizado no período de 1996 a 2002, a partir dos resultados do tratamento de casos novos com TB pulmonar com cultura positiva de 655 pacientes. Não houve diferença nas taxas de sucesso por sexo e períodos de tratamento. Não adesão relacionada à: condição de estrangeiro, sexo masculino. Na análise multivariada: apenas a idade elevada e a resistência à isoniazida tiveram influência negativa sobre o tratamento.
Balbay et. al., 2005. Turquia	Revisão retrospectiva em registro médico e de enfermagem, de 101 pacientes aderentes e 53 não-aderentes, internados em um hospital, no período de 1998 a 2003. Adesão foi maior: nos idosos, não-tabagistas, sem hemoptise e pacientes que foram acompanhados por especialistas (pneumologista) e que receberam triagem familiar para busca de comunicantes.
Kizuki et. al., 2006. Japão	Acompanhados 119 pacientes com TB, por uma média de 342 dias, entre 1998 e 2000. Não adesão esteve relacionado, para os pacientes internados: à ingestão de álcool; para os acompanhados em ambulatório: uso de albergue.
Shargie, Lindtjörn; 2007. Etiópia	Estudo prospectivo, com 404 pacientes, com TB pulmonar. Período de setembro/2002 a abril/2004; 91,0% de interrupção do tratamento na fase de continuação e 20,0% de abandono. Não adesão relacionada à: idade, dificuldade de acesso ao transporte público e à distância entre o centro de tratamento e as moradias dos pacientes.

(continua)

(continuação)

AUTOR/ANO/LOCAL	RESUMO DO ESTUDO
Cáceres, Orozco; 2007. Colômbia	<p>Estudo de coorte, com 261 pacientes entrevistados. 14,9% abandonaram o tratamento.</p> <p>Adesão depende: do apoio de familiares, diagnóstico precoce e oportunidade de receber tratamento ambulatorial no local onde foi feito o diagnóstico da doença.</p> <p>Não adesão relacionada: ao baixo nível socioeconômico, à idade entre 21-30 anos, à história de encarceramento e à coinfeção HIV/Aids.</p>
Paixão, Gontijo; 2007. Brasil	<p>Estudo de caso-controle, com 178 casos, entre 2001-2002. Foram comparados os pacientes que abandonaram o tratamento com aqueles que evoluíram para a cura.</p> <p>Não adesão relacionada ao: uso de drogas, interesse em tratar-se e nível de informação sobre a doença.</p> <p>Não houve diferenças de gênero, cor, escolaridade, renda, ocupação, apoio familiar, associação com aids e etilismo.</p>
Reyes-Guillén et al., 2008. México	<p>Estudo qualitativo, realizado no período de 2002 a 2003. Entrevistados pacientes, seus familiares, médicos e coordenadores de saúde da comunidade.</p> <p>Não adesão relacionada aos efeitos adversos da medicação (tontura, fraqueza, mal-estar físico), alcoolismo e à interferência do companheiro, ao não permitir realização do tratamento pelo doente.</p>
Talay, Kumbetli, Altin; 2008. Turquia	<p>Avaliação de resultados de tratamento para TB pulmonar, em 586 registros de pacientes, no período de 15 anos. 91,7% tiveram sucesso no tratamento e 5,1% o abandonaram.</p> <p>Não adesão relacionada ao: retratamento, idade superior à 46 anos e resistência à rifampicina.</p>
Brasil, Braga; 2008. Brasil	<p>Meta-análise: analisou associações entre fatores relacionados aos serviços de saúde e o abandono do tratamento por pacientes com TB. 41 investigações analisadas.</p> <p>Não adesão relacionada à: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, treinamento ou suporte para a adesão e necessidade de hospitalização.</p>
Sagbakken, Frich, Bjune; 2008. Etiópia	<p>Estudo focal, com 50 sujeitos: pacientes, familiares e profissionais de saúde, durante os primeiros cinco meses de tratamento.</p> <p>Adesão relacionada ao: auxílio de parentes ou membros da comunidade (alimentos, transporte e incentivos para o enfrentamento da doença).</p> <p>Não adesão relacionada aos pacientes: pobreza, perda de emprego e acesso limitado à ajuda financeira ou apoio de parentes, rotina diária do tratamento em clínicas de saúde, desgaste físico e gasto financeiro. Relacionada aos serviços de saúde: lentidão no atendimento.</p>

(continua)

(continuação)

AUTOR/ANO/LOCAL	RESUMO DO ESTUDO
Storla, Yimer, Bjune; 2008. Noruega	Revisão sistemática de 58 estudos sobre atraso no diagnóstico e tratamento da TB. Não adesão associada ao sujeito: idosos, pobreza, sexo feminino, alcoolismo, uso de drogas, história de imigração, baixo nível educacional e conhecimento sobre TB, crenças, estigma e auto-tratamento. Ao serviço: atraso no diagnóstico em caso de coinfeção com HIV, dificuldade no diagnóstico diferencial para outras doenças, que causa visitas repetidas no mesmo nível de saúde, e tratamento com antibiótico inespecífico; falta de serviços especializados.
Lee JK et. al., 2007. Taiwan	Estudo em centro médico, em 2003, com 166 participantes: 27,0% considerados curados, 44,0% tiveram tratamento concluído, 16,3% foram à óbito, 3,0% realizaram tratamento com falha e 9,0% abandonaram o tratamento. Abandono relacionado à: história de tuberculose, baciloscopia positiva, comorbidade. Adesão: pacientes sem cavitação em radiografia de tórax eram mais propensos ao tratamento bem sucedido.
Bumburidi et. al., 2006. Cazaquistão	Estudo analisou dados da vigilância recolhidos no período de 2000 a 2002. Detectados 65.011 casos novos de TB pulmonar: 59.905 em adultos: 44,7% tiveram exames positivo de escarro. A taxa de cura para os casos novos de TB pulmonar positivos foi de 72,2%. Não adesão associada ao paciente (abuso de álcool, falta de moradia e encarceramento anterior).

(conclusão)

Em síntese, os estudos apontaram como potencializadores da adesão ao tratamento, os seguintes aspectos relacionados:

- aos doentes: idade avançada, não-tabagista, apoio de familiares e auxílio de parentes ou membros da comunidade.
- à organização dos serviços de saúde: diagnóstico precoce, receber tratamento na unidade em que foi diagnosticado, ser acompanhado por especialista e receber visita domiciliária.

E, como aspectos limitadores da adesão, foram os seguintes aspectos relacionados:

- aos doentes: idade, sexo, baixo nível socioeconômico, ser estrangeiro, uso de drogas lícitas e ilícitas, morar em albergue, história de encarceramento, desinteresse em tratar-se, nível de informação sobre a doença, estigma, limitada ajuda financeira ou apoio de parentes, desgaste

físico e gastos financeiros, ter doenças associadas (coinfecção HIV/Aids).

- ao tratamento: condição de retratamento, internação hospitalar, resistência à isoniazida, auto-tratamento, efeitos adversos da medicação, rotina diária do tratamento.
- aos serviços de saúde: acessibilidade, morosidade no atendimento, necessidade de treinamento dos profissionais de saúde, diagnóstico tardio, dificuldade no diagnóstico diferencial, carência de serviços especializados e uso indevido de antibióticos não específicos.

Destes, foram incorporados ao instrumento de marcadores de adesão ao tratamento:

- Consumo de fumo e uso de drogas.
- Paciente em retratamento, transferido ou com história de recusa de tratamento anterior.
- Receber benefícios: lanche, cesta básica e vale para transporte público.
- Crença religiosa

3.5.3 Pré-Teste

Foi realizado pré-teste do instrumento constituído por 31 marcadores, em uma UBS, com cinco pessoas que se encontravam nos primeiros 30 dias de tratamento para a TB, o que demandou a necessidade de ajustes em seu conteúdo.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à análise pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Processo N°131/09), e foram respeitadas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANÊXOS 2 e 3).

À todas as Coordenadorias de Saúde solicitou-se autorização para a coleta de dados (APÊNDICE 1).

Todos os sujeitos do estudo foram convidados a participar das entrevistas, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

Os resultados do estudo serão apresentados aos gestores e trabalhadores de saúde das UBS, pertencentes às Supervisões Técnicas de Saúde, da Região Centro-Oeste, com o intuito de contribuir para as ações de controle da TB na APS.

3.6.1 O instrumento referente aos Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose (MATB)

O instrumento constou de duas partes (APÊNDICE 3):

Primeira parte - destinada à caracterização dos sujeitos, quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos, processo saúde-doença e resultado do tratamento

- UBS
- Acompanhamento pela ESF
- Supervisão Técnica de Saúde
- Sexo
- Idade
- Renda familiar (suficiente, pouco suficiente e insuficiente)
- Motivo pelo qual considera a renda pouco suficiente ou insuficiente
- Número de pessoas com quem compartilhava a renda
- Tempo de moradia na região
- Participação em atividades associativas
- Data de notificação da TB
- Data do início do tratamento
- Tipo de tuberculose
- Faltas e intercorrências durante o tratamento
- Realização do exame HIV
- Condição após seis meses de tratamento

Segunda parte – orientada aos marcadores de adesão ao tratamento, divididos em cinco (5) dimensões:

- Condições de vida: escolaridade, trabalho, situação de moradia, crença religiosa e período de tempo para chegar à UBS;
- Contextos vulneráveis: consumo de álcool, uso de fumo e uso de drogas;
- Processo saúde-doença: ter doença associada, conhecimento sobre a causa da TB, conhecimento sobre a doença, reação diante do diagnóstico, tratamento em TDO ou auto-administrado, informação sobre a doença, impacto da enfermidade na vida e no trabalho;
- Tratamento: modalidade de tratamento, dificuldades no tratamento em relação aos medicamentos, dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença, dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família, dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho, dificuldades no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde, desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento e capacidade de formular projetos de vida para serem concretizados após o tratamento
- Serviços de saúde: número de unidades de saúde percorridas até o estabelecimento do diagnóstico; tempo decorrido até o estabelecimento do diagnóstico; vínculo/acolhimento na UBS: sentir-se que é ouvido no serviço de saúde, ser atendido pelo mesmo profissional de saúde durante o tratamento, frequência com que recorria aos serviços de saúde em caso de dúvidas; intenção em continuar o tratamento na UBS; período de tempo para ser atendido na UBS e ter recebido visita domiciliária (VD) durante o tratamento.

Para cada pergunta desta seção foram definidas três possibilidades de resposta, relacionadas aos escores 1, 2 e 3. Os escores mais baixos sinalizavam menores potenciais para a adesão ao tratamento.

3.7 COLETA DE DADOS

Foram realizadas reuniões com os gestores das UBS pertencentes à cada Supervisão Técnica de Saúde: Butantã, Lapa/Pinheiro e Sé, para a apresentação do projeto. Nessa ocasião, foi possível definir questões operacionais sobre a coleta de dados, de forma a não prejudicar as atividades de rotina dos serviços de saúde.

Foi acordada com os gerentes, a indicação de um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) de cada UBS, para que repassassem semanalmente aos integrantes do projeto, informações quanto ao número de doentes que iniciavam o tratamento e à data programada para o retorno à UBS.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira, por volta dos 30 primeiros dias de tratamento e, a segunda, por volta dos 90 a 140 dias de tratamento.

O instrumento foi aplicado aos sujeitos pela própria autora do estudo e por uma aluna de graduação da EEUSP, devidamente treinada.

As entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde por ocasião do retorno às consultas médicas ou no TDO, buscando-se sempre o melhor momento para o entrevistado. Nesse sentido, quando acordado com o paciente, a coleta realizou-se durante a semana, no domicílio, ou em seu local de trabalho; e, na própria UBS, durante seu período regular de funcionamento.

Quanto ao tempo despendido para a aplicação do instrumento, na primeira etapa da coleta, as entrevistas duraram de 25 a 30 minutos e, na segunda etapa, entre 10 e 20 minutos.

Para obter informações sobre o desfecho ou sobre a transferência para outras UBS, utilizou-se de fontes de dados secundários: prontuário dos sujeitos do estudo, “Livro Verde”, fichas de acompanhamento do TDO e da Supervisão de Vigilância em Saúde da Sé/Santa Cecília da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

3.7.1 Sujeitos do estudo

Os critérios de inclusão para a seleção dos sujeitos do estudo foram: encontrar-se por volta dos primeiros 30 dias de tratamento da TB (na primeira etapa coleta de dados) e por volta de 90 e 140 dias de tratamento (na segunda etapa da coleta de dados), ter idade igual ou superior a 18 anos, capacidade de comunicação e compreensão preservadas.

Consideraram-se como critérios de exclusão: ter sido transferido para outra UBS fora da área de abrangência da Supervisão de Saúde e falta de sucesso no contato com os pacientes, após três tentativas.

Na primeira etapa da coleta, participaram 89 sujeitos, que perfizeram amostra não-probabilística e consecutiva. Na segunda etapa da coleta, houve 30 perdas, que ocorreram devido à: recusa, endereço não encontrado ou não se encontrava no domicílio, não comparecer à unidade de saúde após três tentativas do pesquisador em estabelecer contato, faltar no dia do tratamento, encontrar-se em sistema prisional ou hospitalizado e, ter sido transferido para outra UBS fora da área de abrangência do estudo ou para outro Estado (Figura 3).

Figura 3 – Sujeitos do Estudo, na primeira e segunda etapas de coleta de dados

3.7.2 Período da Coleta de dados

A primeira etapa da coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2010 a abril de 2011 e a segunda etapa da coleta foi realizada no período de dezembro de 2010 a outubro de 2011. Informações referentes à finalização ou continuidade do tratamento dos sujeitos do estudo foram obtidas por contato com os profissionais da UBS, no decorrer do estudo até fevereiro de 2012.

Durante todo o período da coleta de dados deparou-se com facilidades e dificuldades:

Em relação às facilidades, foram as seguintes:

- Envolvimento dos profissionais de saúde (em especial, da ESF: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares de enfermagem e técnico de enfermagem) no repassar de informações sobre os sujeitos ingressantes no PCT. Contatos telefônicos com as UBS ocorreram semanalmente.
- Disponibilidade dos profissionais de saúde (Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e ACS) em acompanhar os integrantes da pesquisa na realização da entrevista no domicílio dos doentes, quando necessário.
- Contatar os doentes para o agendamento das entrevistas, conciliando-o à data de retorno às consultas/TDO.
- Disponibilidade dos profissionais de saúde para destinar sala para a realização das entrevistas nas UBS.

Em relação às dificuldades, foram as seguintes:

- Quanto aos sujeitos: estar acometido por alguma doença que inviabilizou a comunicação (isso ocorreu com um doente, após acidente vascular cerebral); encontrar-se hospitalizado; encontrar-se em sistema prisional; doentes que compareciam apenas mensalmente ou bimestralmente na UBS; faltas ao tratamento; transferência para outra UBS; e, recusa para participar da segunda etapa da coleta de dados.
- Quanto aos profissionais de saúde: por ocasião do afastamento de profissionais por motivo de doença, férias ou transferência para outras UBS, não foi indicado outro profissional para o repasse das informações aos pesquisadores.

- Quanto à estrutura do serviço em algumas UBS: dificuldade na disponibilização de sala para realizar as entrevistas, e estrutura física limitada.

3.8 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Os dados foram sistematizados em planilha do Excel e processados com o auxílio do Programa R version, 2.13.2. Foram utilizados os seguintes testes para responder aos objetivos propostos do estudo, descritos a seguir:

- Validade de Conteúdo: consiste no julgamento, por especialistas com vasta experiência profissional, da adequação de cada item (marcador) e se representa o que se pretende medir (Polit, Beck, Hungler, 2004). Para esta análise utilizou-se o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), que avalia a concordância dos Especialistas quanto à representatividade do instrumento e de itens (Alexandre, Coluci, 2011; Waltz, Strickland e Lenz, 1991). Após as sugestões dos Especialistas e reformulação do instrumento, foi aceito o $IVC > 60\%$.
- Análise Univariada: nesta etapa, comparou-se o grupo dos sujeitos que aderiram e os que não aderiram ao tratamento. Utilizou-se o teste exato de Fisher e a evolução dessas variáveis, entre a primeira e a segunda etapa da coleta de dados, foi avaliada pelo teste de McNemar (Agresti, 2002). As variáveis quantitativas (idade, número de pessoas que compartilham renda, tempo para chegar à UBS, por exemplo) são apresentadas por média, desvio padrão (dp) e medida de posição. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para avaliar diferenças na escala destas medidas em relação aos que aderiram ou não aderiram ao tratamento (Siegel, Castellan, 1988).
- Modelo de Regressão Logística: para esta análise foram utilizados os marcadores remanescentes da regressão univariada, sendo calculada a Razão de Chances (*Odd Ratio*) estimada e o respectivo Intervalo de Confiança (IC) de 95%. As diferenças encontradas foram submetidas ao teste de Wald, para cada possível associação entre os marcadores de

adesão ao tratamento. Dados os critérios de adesão estabelecidos: cura ou seguimento do tratamento; e de não adesão: abandono, *missing* (ignorados - sujeitos transferidos) (APÊNDICE 4), utilizou-se os itens do questionário que apresentaram valor de p pelo teste de Fisher inferior à 20% e as variáveis contínuas que apresentaram testes de Mann-Whitney inferior à 20%. O modelo final foi escolhido pelo método Stepwise do critério de Akaike (AIC).

Foi também realizada análise das propriedades psicométricas (validade e confiabilidade), por meio de:

- Aplicou-se o alfa de Cronbach aos 31 marcadores, esse conjunto apresentou alfa total $\geq 0,60$, logo foram excluídos os marcadores que não estavam correlacionados com os demais ao apresentarem correlação item-fator nula ou negativa. Permaneceram na composição do instrumento os marcadores que ao serem excluídos aumentavam o alfa Cronbach total.
- Análise Fatorial Exploratória: técnica da validade do construto, que consiste no exame de dimensionalidade do instrumento. Trata-se de técnica de redução de dados, que analisa a estrutura das inter-relações entre um grande número de variáveis ou elementos. Nesta etapa de análise, tomou-se o instrumento composto por 22 marcadores, que permaneceram no instrumento após aplicação do alfa de Cronbach. Estes marcadores foram submetidos ao método de Componentes Principais com rotação Varimax, extraindo-se os fatores com autovalores (*eigenvalues*) maiores que 1 e que agregassem, pelo menos, dois marcadores com cargas fatoriais $>0,4$, com testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,639. O KMO indicou que a análise fatorial apresentou valores adequados (entre 0,5 e 1), além de medida de qualidade de ajuste, acima de 0,5 (Johnson, Wichern, 2007).
- Após definida a estrutura fatorial, o instrumento composto por 7 marcadores foi submetido aos procedimentos de análise de confiabilidade e de validade. Para isso, foram excluídos os marcadores que, ao serem retirados, aumentavam a consistência interna do alfa de Cronbach ou

aqueles que apresentavam correlação item-fator inferior à 0,40. Este critério identifica os marcadores com menor inconsistência (Pereira, 2001). Quando o valor do alfa de Cronbach varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, maior consistência interna. Assim, considerou-se aceitável um $\alpha \geq 0,60$ para as dimensões (formados pelos marcadores). Para o total dos itens (marcadores) do instrumento, o alfa foi de $\geq 0,70$.

- A validade de critério foi realizada por meio da comparação entre as médias do escore total, do instrumento validado, entre os grupos adesão (75 pacientes) / não-adesão (12 pacientes) e pela análise da curva ROC (*Receiver Operator Characteristic*). A curva ROC determina pontos de corte ideal para o escore, baseando-se na minimização da distância entre a sensibilidade e a especificidade. A área da curva ROC fornece a predição do poder de discriminação do instrumento para rastrear a não adesão ao tratamento. A área apresentou uma acurácia de 79,8% [Intervalo de confiança (IC) 69,8%; 89,8%].
- Para todos os testes estatísticos considerou-se nível de significância de 0,05.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados na seguinte ordem:

- 4.1 - Aprimoramento do Instrumento de Marcadores de Adesão à Tuberculose;
- 4.2 - Caracterização dos sujeitos na primeira etapa de coleta de dados;
- 4.3 - Segunda etapa da coleta de dados: dinâmica dos marcadores da adesão ao tratamento;
- 4.4 - Análises univariadas dos marcadores relacionados aos sujeitos que aderiram e não-aderiram ao tratamento da TB,
- 4.5 - Validação e confiabilidade do instrumento de adesão ao tratamento e,
- 4.6 - Validação de critério.

4.1 APRIMORAMENTO DO INSTRUMENTO DE MARCADORES DE ADESÃO À TUBERCULOSE

Com o intuito de aprimorar o instrumento para a aplicação junto aos sujeitos, realizou-se, conforme anteriormente explicado, a Validação de Conteúdo, revisão de literatura e um Pré-teste da aplicação do instrumento.

Para a Validação de Conteúdo, os marcadores foram codificados, por meio da letra M seguida do número do marcador (M1, M2, M3, ... M28).

Verificou-se que, dos 28 marcadores do instrumento inicial, houve acordo total, pelos Especialistas, em relação ao conceito “Muito Importante (conceito A)” somente em quatro marcadores: Trabalho (condição empregatícia) (M2), Vida (situação de moradia/ conviver com familiares) (M3), Consumo de álcool (M4), Desejo de desistência do tratamento (M14) (APÊNDICE 5).

Com base nos conceitos atribuídos aos marcadores pelos três Especialistas, representados por E1, E2 e E3, calculou-se o IVC para os 28 marcadores e para cada marcador. Para tal, consideraram-se os critérios A e B Muito Importante e Média Importância) como concordância sobre a importância do marcador e, C, como não concordância a respeito de sua importância.

A média das proporções de concordância entre os Especialistas sobre a importância dos 28 marcadores para medir a adesão foi de 60,7%. Isto é, dos 28 marcadores, 17 receberam 100% de concordância (critérios A e B). Contudo, dos 11 marcadores em que não se teve total concordância, pelo menos dois (66,6%) Especialistas concordaram sobre sua importância (TABELA 2). A média das proporções dos marcadores considerados relevantes pelos especialistas foi de 86,7% (IVC).

Tabela 2 – Marcadores segundo concordância entre Especialistas. São Paulo, 2010

28 Marcadores	Marcador	Concordância
17 marcadores (60,7%)	M1, M2, M3, M4, M5, M6, M9, M10, M11, M12, M14, M17, M18, M21, M22, M26, M27	100,0%
11 Marcadores (39,3%)	M7, M8, M13, M15, M16, M19, M20, M23, M24, M25, M28	66,6%

Considerando as sugestões dos Especialistas, foram excluídas as questões abertas do instrumento inicial e o marcador referente à Avaliação dos Serviços (M28). A exclusão deste último ocorreu devido à sua complexidade e, também, porque essa informação já estava sendo captada, de forma indireta, por outros marcadores: M7, M13, M17, M18, M19, M20, M22, M23. Os Especialistas também sugeriram padronizar em três respostas as alternativas pré-estabelecidas, com seus respectivos escores: 1, 2 e 3. Tais modificações tiveram por objetivo potencializar as respostas de cada marcador e contribuir para a análise estatística. Ainda, os Especialistas recomendaram o período de aplicação do instrumento junto aos sujeitos do estudo: cerca de 30 dias de tratamento (Primeira etapa da coleta de dados) e pelo menos 3 meses após o início do tratamento (Segunda etapa da coleta de dados) (APÊNDICE 3).

Portanto, foram acatadas as modificações do instrumento sugeridas pelos Especialistas, resultando em 27 marcadores. A literatura aponta que a concordância apropriada deve ser maior do que 50% (Salmond, 1994), e isso respaldou considerar os 27 marcadores, tendo ocorrido apenas revisão da redação de algumas perguntas e respostas, o que não implicou em mudanças de sentido, mas serviu para melhorar a

compreensão das respostas pré-estabelecidas para os doentes, como ocorreu, por exemplo, nos marcadores: Escolaridade (M1), Trabalho (M2) e Consumo de Álcool (M4).

Buscando-se aprimorar ainda mais o instrumento, procedeu-se à revisão de literatura, que proporcionou a inclusão de outros quatro marcadores, que foram acrescentados ao instrumento:

- Consumo de fumo
- Uso de drogas
- Paciente em retratamento, transferido ou com história de recusa de tratamento anterior
- Crença religiosa

O Pré-teste do instrumento com 31 marcadores foi aplicado a cinco pacientes em tratamento da TB. Esse procedimento permitiu identificar a formulação clara das perguntas para captar as informações sobre os marcadores, assim como das alternativas de respostas (Figura 4).

Figura 4 – Processo de aprimoramento do Instrumento sobre marcadores de adesão à Tuberculose. São Paulo, 2010-2012

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS NA PRIMEIRA ETAPA DA COLETA DE DADOS

Na primeira etapa da coleta de dados, os pesquisadores tiveram acesso a 96 doentes de TB, entretanto, quatro sujeitos se recusaram a participar do estudo e três sujeitos não compareceram às entrevistas agendadas. Sendo assim, participaram da primeira fase, 89 sujeitos com tempo de tratamento entre zero e 47 dias, com média igual à 18,1 dias (dp= 13,13 dias). O escore total, nesta etapa teve média de 76,5 (entre 59 – 88).

4.2.1 Perfil sociodemográfico dos sujeitos

Conforme verifica-se na Tabela 3, dos 89 sujeitos do estudo, 75,3% (67) eram do sexo masculino, com maior concentração na faixa etária de 36 a 45 anos (29,2%), com média de idade de 37,2 anos (dp= 12,1; 18-77anos, mediana de 28 anos). A maior parcela dos sujeitos relatou ter ensino fundamental incompleto, com 47,2 % (42), o que equivale a menos de oito anos de estudo e 19,1% (17) tinham o ensino fundamental completo, 87,6% (78) referiram saber ler e escrever, mas é importante destacar que 6,7% (6) referiram saber ler, mas não sabiam escrever.

Quanto à procedência, nota-se que predominaram os sujeitos provenientes da região Sudeste (44: 49,4%), seguidos de 30,3% (27) da região Nordeste. Constatou-se 12,4% (11) dos sujeitos oriundos de países hispano-americanos: Bolívia (8), Argentina (1) e Peru (2).

No que se refere ao tempo de moradia, na área da UBS, 25,8% (23) residiam na área de 2 a 5 anos e 3,4% (3) realizavam o tratamento nas UBS, mas não residiam em sua área de abrangência. No tocante ao tempo despendido para ir à UBS, 88,8% (79) dos sujeitos referiram levar até 30 minutos. Participavam de atividades em grupos, apenas 5,6% (5) dos sujeitos, tendo sido citadas as seguintes: associação de reflorestamento; reuniões de bairro e grupo vinculado à instituição religiosa.

Quanto à crença religiosa, 57,3% (51) referiram-se católicos; 24,7% (22) evangélicos e 13,5% (12) afirmaram não ter religião. Da totalidade dos sujeitos,

49,4% (44) referiu *não frequentar* a instituição religiosa e 23,6% (21) mencionaram *frequentar sempre*. Durante a coleta de dados, relatou-se como positivo para o tratamento, no caso da igreja evangélica, o fato de serem realizadas visitas aos seus frequentadores, além do oferecimento de ajuda e palavras de incentivos para o enfrentamento da doença e continuidade do tratamento.

Tabela 3 – Sujeitos do estudo e características sociodemográficas. Supervisões Técnicas de Saúde do Butantã, Sé e Lapa/Pinheiros. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

CARACTERÍSTICAS	Número (Nº)	%
Sexo		
Masculino	67	75,3
Feminino	22	24,7
Faixa etária (em anos)		
18-20	8	9,0
21-25	9	10,1
26-30	13	14,6
31-35	11	12,4
36-40	13	14,6
41-45	13	14,6
46-50	12	13,5
51-55	6	6,7
56-60	2	2,3
61-65	1	1,1
>65	1	1,1
Escolaridade		
Não alfabetizado	2	2,2
Fundamental Incompleto	42	47,2
Fundamental Completo	17	19,1
Ensino Médio Incompleto	10	11,2
Ensino Médio Completo	14	15,8
Superior Completo	1	1,1
Pós-Graduação	3	3,4
Não sabe ler e escrever	5	5,6
Sabe ler, mas não sabe escrever	6	6,7
Sabe ler e escrever	78	87,7

(continua)

(continuação)

CARACTERÍSTICAS	Número (Nº)	%
Procedência		
Sudeste	44	49,4
Nordeste	27	30,3
Sul	4	4,5
América - Latina	11	12,4
Ignorado	3	3,4
Tempo de moradia na área de abrangência		
Até 1 ano	15	16,9
2 - 5 anos	23	25,8
6-15anos	16	18,0
16-30 anos	15	16,9
+30 anos	9	10,1
Ignorado	8	8,9
Mora fora de área	3	3,4
Tempo gasto para ir à UBS		
Mais do que 1 hora	1	1,1
Até uma hora	9	10,1
Até 30 minutos	79	88,8
Atividade associativa		
Não participa	75	84,3
Participa	5	5,6
Ignorado	9	10,1
Crença Religiosa		
Católica	51	57,3
Evangélica	22	24,7
Acredita em Deus	2	2,3
Testemunha de Jeová	1	1,1
Protestante	1	1,1
Não tem religião	12	13,5
Religiosidade		
Não frequenta	44	49,4
Frequenta esporadicamente	24	27,0
Frequenta sempre	21	23,6
Total	89	100,0

(conclusão)

4.2.2 Perfil socioeconômico dos sujeitos

A Tabela 4 mostra os dados referentes às características sócio-econômicas dos sujeitos do estudo. No que diz respeito à renda familiar, 64,1% (57) dos sujeitos a consideraram pouco suficiente ou insuficiente e 34,8% (31) relataram ser suficiente. Quanto à pouca suficiência ou insuficiência da renda, os sujeitos mencionaram que faltava para as seguintes necessidades: alimentação, gás, luz, água, telefone, vestuário, mobília, moradia digna, transporte, tratamento ortodôntico, cursar a universidade, e abrir conta bancária.

Cerca de 43,8% (39) dos sujeitos compartilhavam a renda com 2, 3 ou 5 pessoas, respectivamente; mas 5,6% (5) a compartilhavam com dez pessoas. A média de pessoas com quem os doentes compartilhavam a renda foi 3,4 (dp = 2,5 pessoas; 1-12 pessoas); e 30,3% (27) moravam sozinhas e afirmaram não compartilhar a renda.

Quanto à situação de moradia, 66,3% (59) dos sujeitos referiram residir com familiares e 18,0% (16) viviam em outras condições, tais como, morar com amigos, rua/albergues, local de trabalho ou local cedido. Destaca-se que 14 sujeitos (15,7%) moravam sós.

No que diz respeito à condição de trabalho, 73,0% (61 pessoas) exerciam alguma atividade laboral e encontravam-se entre duas situações distintas: 15,7% (14) trabalhavam em atividades irregulares, como *bico*; e 57,3% (51) tinham trabalho fixo. Destes sujeitos, apenas 25,0% (22) possuíam registro em carteira. No momento da primeira fase da coleta de dados, 62,9% (56) afirmaram que não estavam trabalhando; 34,8% (31) estavam afastados devido à doença e 22,5% (20) estavam desempregados. Entre os que trabalhavam, a maioria exercia funções de baixa qualificação profissional (pedreiro, auxiliar de serviços gerais, cozinheiro, costureiro, caminhoneiro), mas encontrou-se pessoas, embora com muito menor frequência, que exerciam função que exige qualificação (corretor de imóveis e oceanografia física).

Tabela 4 – Marcadores relacionados à vida e ao trabalho dos sujeitos do estudo.
Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

MARCADORES	Número (N ^o)	%
Renda		
Insuficiente	32	36,0
Suficiente	31	34,8
Pouco suficiente	25	28,1
Ignorado	1	1,1
Número de pessoas na família que compartilha a renda		
Não se aplica (sozinho)	27	30,3
2	13	14,6
3	13	14,6
4	12	13,5
5	13	14,6
6	2	2,3
7	3	3,4
10	5	5,6
12	1	1,1
Com quem estava morando		
Familiar	59	66,3
Outros	16	18,0
Sozinho	14	15,7
Trabalho		
Trabalhando no momento da coleta de dados		
Não	56	62,9
Sim	33	37,1
Motivo pelo qual não estava trabalhando no momento da coleta de dados		
Afastado devido acidente	1	1,1
Aposentado	1	1,1
Do lar	1	1,1
Nunca trabalho/é estudante	2	2,3
Desempregado	20	22,5
Afastado devido à doença	31	34,8
Trabalho (condição empregatícia)		
Não tem trabalho no momento da coleta de dados	24	27,0
Trabalha, mas não é fixo (Bico)	14	15,7
Tem trabalho fixo/regular	51	57,3

(continua)

<i>(continuação)</i>		
MARCADORES	Número (N ^o)	%
Registro em Carteira		
Não	67	75,0
Sim	22	25,0
Total	89	100,0
<i>(conclusão)</i>		

4.2.3 Processo saúde-doença dos sujeitos

Identifica-se, na Tabela 5, que 91,0% (81) dos sujeitos apresentaram TB pulmonar; 84,3% (75) realizaram teste sorológico para HIV, sendo que 56,2% (50) obtiveram resultado negativo e 7,9% (7) resultado positivo. No que se refere ao consumo de álcool, 88,8% (79) referiram não consumir, 9,0% (8) relataram consumir álcool socialmente e 2,2% (2) informaram beber e se embriagar. Quanto ao hábito de fumar, 68,5% (61) relataram não fazê-lo. Em relação ao uso de drogas ilícitas, 89,9% (80) dos sujeitos negaram; 5,6% (5) posicionaram-se afirmando sobre o uso e 4,5% (4) pararam devido ao tratamento. Um sujeito expressou desejo de ser encaminhado para uma clínica de reabilitação, mas a UBS não dispunha desse serviço de referência e, segundo a enfermeira, seria encaminhado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). As drogas mais mencionadas foram: maconha, cocaína e crack e encontrou-se usuários que faziam uso simultâneo de mais de uma droga.

Quanto à presença de comorbidade, 59,6% (53) referiram não haver, mas 25,8% (23) relataram ter doença associada e necessitar tomar medicação para a mesma. Entre os agravos/doenças mais apontadas foram referidas: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), HIV, gastrite e depressão. Dos sujeitos que referiram não necessitar tomar medicamento, um apresentava HAS e dois eram portadores de HIV, desses, um tinha, também, diagnóstico de hepatite.

Tabela 5 – Marcadores relacionados ao processo saúde-doença dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

MARCADORES	Número (N°)	%
Apresentação clínica da TB		
Pulmonar	81	91,0
Pleural	4	4,5
Ganglionar	1	1,1
Pulmonar e ganglionar	1	1,1
Pulmonar e Pleural	2	2,3
Teste Sorologia HIV		
Negativo	50	56,2
Em andamento	18	20,2
Positivo	7	7,9
Ignorado/ não realizado	14	15,7
Consumo de Álcool		
Consome e se embriaga	2	2,2
Consome e não se embriaga	8	9,0
Não consome	79	88,8
Consumo de fumo		
Fuma todo dia	28	31,5
De vez em quando	0	0,0
Não fuma	61	68,5
Uso de droga		
Sim, todos os dias	5	5,6
Às vezes/ parou devido ao tratamento	4	4,5
Não usa	80	89,9
Doença Associada		
Não	52	58,5
Sim	36	40,4
Não sabe	1	1,1
Doença associada e uso de medicação		
Tem doença associada e tem que tomar outras medicações	23	25,8
Tem doença associada, mas não tem que tomar medicação	13	14,6
Não tem doença associada	53	59,6
Total	89	100,0

Na Tabela 6, podem ser verificados os marcadores relativos a outros aspectos do processo saúde-doença. Quanto ao que causou a TB, 80,9% (72) dos

sujeitos referiram saber, ainda que associassem a enfermidade a elementos difusos, como griagem, gripe mal curada ou pneumonia, consumir bebida gelada, compartilhar utensílios (copo), uso de drogas e fumo. Associaram a doença, ainda, a certas condições de vida como má alimentação ou falta de alimentação adequada; “vida desregrada”; morar na rua, viver em albergue com pessoas infectadas; devido à atividade desenvolvida no trabalho pela exposição à mudanças bruscas de temperatura, por substâncias poluentes no ar (tecido, resina, poeira) e em decorrência de ambientes fechados. Somente 6,7% (6) associaram a enfermidade ao agente etiológico e a aspectos da vida e do trabalho, simultaneamente.

Quanto ao fato de conhecer a doença, 50,6% (45) dos sujeitos afirmaram conhecê-la, pois tinha acometido familiares (pai, mãe, cônjuge, parentes) e 41,6% (37) conheciam por ter acometido amigos, vizinhos entre outros conhecidos; mas 7,8% (7) dos sujeitos mencionaram desconhecer a enfermidade e até acreditar ser doença extinta. Aqueles que afirmaram conhecer a TB, relataram ter recebido informações por outros profissionais (veterinário e professor) ou por ter vivenciado a doença, anteriormente, mas também apontaram que as informações foram obtidas a partir de outros meios, tais como: folhetos educativos, mídia, cartazes e em conversas informais em fila de espera, enquanto aguardavam consulta na UBS.

No que se refere à reação do sujeito diante do diagnóstico, 65,2% (58) a referiram como negativa, enquanto 13,5% (12) manifestaram o contrário. A reação negativa esteve relacionada a sentimentos de preocupação, revolta, devido à recidiva da doença; por medo de transmiti-la a outras pessoas, pelo preconceito e morte; por sentimento de pesar devido aos familiares que foram a óbito em decorrência da TB; por dúvida quanto à cura e por não acreditar estarem doentes. Aqueles que afirmaram que o diagnóstico os fez ter reação positiva mencionaram que era oportunidade para buscar o tratamento, para obter a cura, ou porque tinham fé, porque tiveram sensação de alívio ao ter o diagnóstico confirmado, mesmo que tardio. Em relação à reação indiferente, foram apontadas as seguintes expressões: já esperava ter a doença e já teve a doença, ou porque consideravam a doença como “normal”, porque conhecia o tratamento, ou como não era aids, não havia preocupação.

Quando se perguntou aos sujeitos se haviam informado a respeito da enfermidade para alguém, 70,8% (63) referiram tê-la comunicado a familiares, amigos, colegas de trabalho e da igreja; 22,5% (20) revelaram estar doentes apenas

para os familiares e 6,7% (6) não falaram para outros, justificando que essa atitude ocorreu por medo de discriminação, por não ter contato com familiares ou por considerar que os outros não necessitavam saber sobre sua doença. Para 48,3% (43) dos sujeitos, a doença não causou impacto em suas vidas; enquanto que 51,7% (46) consideraram que sua ocorrência dificultava a execução de atividades diárias como afazeres domésticos (limpeza da moradia, lavar roupa), caminhar, subir escada ou levantar peso. Foram relatadas, também, dificuldades devido aos sintomas, como tontura, sono, cansaço, corpo debilitado e desejo de permanecer deitado.

Em relação ao impacto da doença nas atividades laborais, 37,1% (33) dos sujeitos relataram dificuldades em executar tarefas no trabalho, como subir escada, manipular câmara de frio ou forno, além do afastamento do trabalho que levou à redução da renda ou atraso no pagamento. Entretanto, para 21,3% (29) dos sujeitos, a doença não causou impacto negativo no trabalho.

Tabela 6 – Marcadores relacionados a aspectos do processo saúde-doença dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

MARCADORES	Número (N°)	%
Conhecer a causa da TB		
Desconhece, associando a elementos difusos	72	80,9
Doença é associada a um agente etiológico	11	12,4
Doença é associada ao agente etiológico e a elementos da vida e do trabalho	6	6,7
Conhecimento da TB		
Desconhecia a doença	7	7,8
Conhecia a doença, que acometeu amigos/vizinhos/outros	37	41,6
Conhecia a doença, que acometeu familiar	45	50,6
Reação diante do diagnóstico		
Reação aparentemente negativa	58	65,2
Reação aparentemente indiferente	19	21,3
Reação aparentemente positiva	12	13,5
Informação sobre a TB a outros		
Não informou a ninguém sobre a doença	6	6,7
Informou aos familiares a respeito da doença	20	22,5
Informou aos familiares e outros (amigos e colegas de trabalho) a respeito da doença	63	70,8

(continua)

(continuação)

MARCADORES	Número (N ^o)	%
Impacto na Vida		
Causou impacto negativo	30	33,7
Algumas vezes causa impacto negativo	16	18,0
Não causou impacto negativo	43	48,3
Impacto no Trabalho		
Causou impacto negativo em suas atividades laborais	33	37,1
Algumas vezes causa impacto negativo em suas atividades laborais	13	14,6
Não causou impacto negativo em suas atividades laborais	19	21,3
Total	89	100,0

(conclusão)

4.2.4 Aspectos relacionados ao tratamento da tuberculose

Quanto aos marcadores relacionados ao tratamento da tuberculose (Tabela 7), especificamente no que se refere à trajetória percorrida pelos sujeitos até o estabelecimento do diagnóstico, 53,9% (48) mencionaram ter recorrido apenas a um serviço de saúde, mas 46,1% (41) buscaram mais de um serviço de saúde. Do total dos sujeitos, 46,1% (41) procuraram a UBS de sua área de abrangência, enquanto 32,6% (29) recorreram à unidade hospitalar/PS. Quanto ao tempo decorrido para a obtenção do diagnóstico, 74,2% (66) afirmaram tê-lo recebido em período menor do que 30 dias e 19,1% (17) em período maior do que 30 dias.

Em relação à condição de tratamento, 74,2% (66) eram casos novos, 12,3% (11) eram recidiva e 13,5% (12) eram re-ingresso pós abandono. Verificou-se que, por ocasião da primeira fase da coleta de dados, ou seja, por volta do primeiro mês de tratamento, 78,6% (70) dos sujeitos encontravam-se realizando o TDO, destes 68,5% (61) em até cinco vezes por semana, enquanto 21,4% (19) encontravam-se em tratamento auto-administrado.

Quanto à frequência dos usuários para o tratamento, 87,6% (78) referiram não ter faltado nos primeiros 30 dias de tratamento, mas encontrou-se número expressivo (11 sujeitos - 12,4%) daqueles que faltaram. Estes alegaram que isto ocorreu devido à dificuldade para chegar à UBS por ter sofrido acidente

automobilístico; por não encontrar-se bem no dia do retorno; por problemas particulares (falta de dinheiro e moradia); por dificuldade de despertar cedo para ir à UBS; por ter que realizar atividades domésticas; por voltar a usar álcool; por dificuldade para deixar o albergue devido ao fato de ter informado à assistente social quanto à necessidade da realização do tratamento da TB; e por ter consulta médica de outra especialidade no mesmo dia do TDO, em outro serviço de saúde.

Durante a coleta de dados constatou-se que as faltas dos pacientes eram registradas nas fichas de acompanhamento do TDO de cada paciente, entretanto, os motivos não se encontravam especificados.

Tabela 7 – Marcadores relacionados ao tratamento dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

MARCADORES	Número (N ^o)	%
Unidades de saúde até a obtenção do diagnóstico		
Recorreu a somente uma unidade de saúde	48	53,9
Recorreu a 2 unidades de saúde	28	31,5
Recorreu a 3 ou + unidades de saúde	13	14,6
Serviço de saúde que diagnosticaram a TB		
UBS	41	46,1
Hospitais/ os	29	32,6
AMA*	12	13,5
Instituições de referência em Tuberculose	4	4,5
Médico particular/Convênio	3	3,3
Tempo decorrido para a obtenção do diagnóstico		
< 30 dias	66	74,2
30 dias	6	6,7
> 30 dias	17	19,1
Condição do Tratamento		
Caso Novo	66	74,2
Re-ingresso pós-abandono	12	13,5
Recidiva	11	12,3
Modalidade do tratamento		
Auto-Administrado	19	21,4
TDO em até 3 vezes/semana	9	10,1
TDO em até 5 vezes/semana	61	68,5

(continua)

<i>(continuação)</i>		
MARCADORES	Número (N ^o)	%
Faltas ao tratamento		
Sim	11	12,4
Não	78	87,6
Total	89	100,0
*Assistência Médica Ambulatorial (AMA) <i>(conclusão)</i>		

No Quadro 6, identifica-se a diversidade da trajetória dos sujeitos do estudo à procura de assistência até a obtenção do diagnóstico da TB. Houve procura entre um e a seis serviços de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Aponta-se que a obtenção do diagnóstico, para 48 sujeitos, foi possível no acessar um serviço de saúde, tais como: UBS (27 sujeitos), hospitais (10 sujeitos), AMA (9 sujeitos), PS (1) e em espaço de convivência (1) para atender a população em situação de vulnerabilidade social.

Destaca-se que, 41 sujeitos necessitaram percorrer mais de um serviço de saúde para o estabelecimento do diagnóstico da TB, e é relevante enfatizar que isto pode configurar-se como diagnóstico tardio, com possível piora da doença e implicações para o controle da TB.

Foram apontados como motivos para procurar outras unidades de saúde, os seguintes: ausência de profissionais de saúde no momento que buscaram assistência; insatisfação com o atendimento médico; ocorrência de greve no serviço de saúde; demora para o agendamento de consulta ou exames; falta de funcionamento do equipamento de raios X; solicitação de raio X por um médico e, por ocasião do retorno foi atendido por outro profissional, configurando a descontinuidade do cuidado e o não estabelecimento do diagnóstico da TB; prescrição de antibióticos e “xaropes” que não melhoraram os sintomas; facilidades do acesso pelo convênio; e proximidade da unidade de saúde em relação ao local de trabalho. O acesso a convênios e médicos particulares foi alternativa utilizada por alguns usuários que se encontravam inseridos no mercado de trabalho, e isso possibilitou, segundo eles, acesso mais rápido aos exames e consultas com especialistas.

Quadro 6 – Trajetória dos sujeitos do estudo para a obtenção do diagnóstico da tuberculose. São Paulo- SP, Brasil, 2010-2012

UBS	27
Hospital	10
AMA	9
AMA >2.UBS	8
AMA > 2.Hospital	5
UBS > 2.Instituto especializado	2
Hospital >2.Hospital	2
UBS> 2.Hospital	1
UBS >2. AMA	1
Hospital >2.Instituto especializado	1
Hospital > 2.AMA	1
Hospital >2.UBS	1
Hospital > 2.Médico especialista	1
Hospital >2. PS	1
Médico do convênio> 2.Hospital	1
Médico particular > 2.Médico especialista	1
PS > 2.Médico especialista	1
PS > 2.UBS	1
Espaço de convivência	1
os	1
AMA >2.UBS	1
AMA > 2.AMA > 3.Hospital > 4.Hospital	1
AMA > 2.UBS > 3.Hospital	1
AMA > 2.UBS > 3.Hospital > 4. Médico particular > 5.UBS	1
AMA > 2.Hospital > 3.AMA > 4.Médico particular > 5.Instituto especializado > 6.UBS	1
PS> 2.Médico particular > 3.Hospital	1
PS > 2.UBS > 3.Hospital >4.Instituto especializado	1
UBS> 2.PS > 3.AMA > 4.Hospital	1
UBS > 2.Médico particular > 3.Hospital	1
UBS> 2>UBS>3.AMA	1
Hospital > 2.PS > 3.Hospital	1
Hospital > 2.AMA >3.Hospital	1
Hospital > 2.PS > 3.Hospital	1
TOTAL	89

Ainda quanto ao tratamento, na Tabela 8, os pacientes foram indagados se apresentavam dificuldades em virtude da medicação. Cerca de 62,9% (56) referiram que estas ocorriam sempre ou algumas vezes e eram decorrentes da tomada das drogas em jejum, ou devido à quantidade e volume das drogas, além dos efeitos colaterais como: dor no estômago, “queimação”, diarreia, náusea, mal-estar, prurido, tontura, entre outros.

Da mesma forma, quando indagados a respeito da melhora (ou não) da doença, em decorrência do tratamento, 56,2% (50) referiram melhora e destacaram: melhora do estado geral, ganho de peso, aumento do apetite e disposição para realizar suas atividades. Entretanto, 32,6% (29) expressaram que nada havia sido alterado com o tratamento e 11,2% (10) afirmaram piora da doença, relacionada à persistência de sinais e sintomas como: cansaço, mal-estar, eliminação de sangue, tosse e falta de apetite.

Em relação às eventuais dificuldades quanto ao apoio por parte de familiares, 71,9% (64) manifestaram receber afeto dos familiares para o enfrentamento da doença, assim como orientações quanto à alimentação e tratamento, ajuda nas tarefas domésticas e acompanhamento para a realização do TDO, tendo sido referido, também, receber ajuda financeira (21 sujeitos). Quanto ao apoio no trabalho, 38,2% (34) mencionaram que colegas/chefia sempre o (a) apoiavam, 21,4% (19) dos sujeitos não receberam apoio por parte da chefia/colegas ou não mencionaram estar com a doença.

Quanto ao desejo de desistência do tratamento, 84,3% (75) dos sujeitos manifestaram-se negativamente, 11,2% (10) declararam que já haviam pensado em desistir e 4,5% (4) afirmaram que iriam desistir do tratamento. Foram apontados como motivos para a desistência do tratamento: considerá-lo difícil, acreditar não ter a doença e poder se curar sem a medicação, não se sentir bem, não ter renda nem trabalho e necessitar de alguma ajuda financeira, estar deprimido devido à morte do filho, demora do atendimento e devido à necessidade de se deslocar diariamente à UBS para tomar a medicação.

Com relação à capacidade de formulação de projetos de vida, 71,9% (64) dos sujeitos admitiram apresentar motivação relacionada ao fato de melhorar a saúde e por outros motivos, incluindo projetos orientados aos familiares e ao trabalho. Foram apontados como motivos/projetos que os levaram a dar continuidade ao

tratamento, além do desejo de melhora da saúde, os seguintes: medo de perder a voz e, conseqüentemente o trabalho; querer curar-se; retorno à rotina de vida; medo de transmitir a doença para familiares; casar-se, conseguir um emprego e receber remuneração; sentir-se competente, medo do retorno dos sintomas; e apoio dos profissionais de saúde e/ou de familiares.

Tabela 8 – Marcadores relacionados ao tratamento da tuberculose dos sujeitos do estudo. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

MARCADORES	Número (N°)	%
Dificuldades no tratamento em relação aos medicamentos		
Sempre	29	32,6
Algumas vezes	27	30,3
Nunca	33	37,1
Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença		
Apresenta piora da enfermidade	10	11,2
Nada se alterou	29	32,6
Apresenta melhora da enfermidade	50	56,2
Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família		
Familiares não o(a) apóiam / ou paciente não tem familiar/mora na rua	24	27,0
Familiares algumas vezes o(a) apóiam	1	1,1
Familiares sempre o(a) apóiam	64	71,9
Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho		
Não se aplica (não trabalhava, desempregado, estudantes ou dona de casa)	35	39,3
Não há apoio no trabalho e/ou não mencionou que estava doente	19	21,4
Alguns colegas/chefia o(a) apóiam	1	1,1
Colegas/chefia sempre o(a) apóiam	34	38,2
Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento		
Não apresenta desejo de desistência	75	84,3
Já pensou em desistir	10	11,2
Apresenta desejo de desistência	4	4,5
Capacidade de formular projetos de vida		
Aparenta não apresentar motivação	0	0,0
Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde	25	28,1
Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde e por ter outros motivos	64	71,9
Total	89	100,0

4.2.5 Aspectos relacionados ao serviço de saúde

A coleta de dados foi realizada em 35 UBS, pertencentes às regiões Butantã (14 UBS), Sé (8 UBS) e Lapa/Pinheiros (13 UBS). Destaca-se que o maior número de sujeitos a quem se teve acesso encontrava-se em duas Supervisões Técnicas de Saúde: Butantã e Sé e, 64,0% (57) recebiam acompanhamento de ESF (Tabela 9). Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que há equipes específicas para atendimento de pessoas em situação de rua e albergue, comumente chamadas por “*pop rua*”.

Tabela 9 – Distribuição dos sujeitos segundo Supervisões Técnicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

VARIÁVEIS	Número (N°)	%
Supervisões Técnicas de Saúde		
Butantã	49	55,1
Sé	38	42,7
Lapa/Pinheiros	02	2,2
UBS na modalidade ESF		
Sim	57	64,0
Não	32	36,0
Total	89	100,0

Ao serem indagados se tinham dificuldades em relação ao apoio ao tratamento, advindas do serviço de saúde (Tabela 10), 95,5% (85) dos sujeitos afirmaram sempre recebê-lo apoio e 3,4% (3) referiram o contrário. Foram citados como apoio: orientação quanto à alimentação e ao tratamento (posologia, cura da doença, efeitos colaterais, período do tratamento, implicações das faltas e abandono sucesso do tratamento), atenção/escuta dos problemas e encaminhamento para outro serviço quando necessário. A falta de apoio foi citada pelos sujeitos por considerarem que não havia diálogo com os profissionais de saúde, pois apenas recebiam medicação ou as orientações, que se limitam à tomada das drogas.

Embora a maioria dos sujeitos considerasse receber apoio dos profissionais de saúde, o mesmo não ocorreu com o recebimento de incentivos, pois deveriam atender a alguns requisitos como: realizar TDO, não ter faltas e encontrar-

se próximo ao terceiro mês de tratamento. Isso explica o motivo de nenhum dos usuários ter recebido a cesta-básica nesse período da coleta de dados. É importante ressaltar que o lanche diário faltou nas UBS no decorrer dos meses em que o estudo foi realizado, com exceção de duas UBS que recebiam recursos para lanche, pelo menos uma vez ao mês, quando realizavam atividade educativa com os doentes em tratamento. Nas demais UBS, algumas vezes, os lanches eram fornecidos com recursos dos profissionais de saúde, por se sentirem “sensibilizados” pela condição de vida e saúde dos doentes.

No que se refere a alguns aspectos do vínculo/acolhimento entre profissionais de saúde e doentes; 92,1% (82) dos sujeitos mencionaram que os profissionais de saúde escutavam seus problemas, 94,4% (84) referiram ser *sempre* atendidos pelos mesmos profissionais e 5,6% (5) referiram que *algumas vezes* foram atendidos por outros profissionais. Quanto ao esclarecimento de dúvidas, 67,4% (60) responderam *sempre* recorrer aos profissionais de saúde e 25,9% (23) não recorreram ou não tinham dúvidas.

Quando indagados sobre a intenção de dar continuidade ao tratamento na UBS, 95,5% (85) dos sujeitos posicionaram-se favoravelmente, apontando os seguintes motivos: proximidade da UBS ao local de moradia do doente e/ou do local de trabalho, atendimento rápido, manter boa relação com os profissionais de saúde, ter iniciado o tratamento e/ou ter obtido o diagnóstico da doença na mesma UBS. Entretanto, 4,5% (4) mencionaram que gostariam de realizar o tratamento em outro serviço de saúde.

Referente ao tempo para ser atendido no serviço de saúde, 89,9% (80) dos sujeitos referiram ser atendidos em até 30 minutos e 7,9% (7) afirmaram tempo de espera de até 1 hora. Sobre a visita domiciliar (VD), 54,0% (48) relataram não ter recebido; 24,7% (22) dos sujeitos relataram tê-la recebido *algumas vezes*, principalmente realizada pelos ACS (29,2%).

Tabela 10 – Marcadores relacionados ao serviço de saúde dos sujeitos do estudo.
Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

MARCADORES	Número (N ^o)	%
Dificuldade em relação ao apoio na UBS		
Não recebe apoio	3	3,4
Algumas vezes recebe apoio de alguns profissionais de saúde e incentivos	1	1,1
Sempre recebe apoio dos profissionais de saúde e incentivos	85	95,5
Escuta no serviço de saúde		
Não	5	5,7
Algumas vezes	2	2,2
Sempre	82	92,1
Atendidos pelo mesmo profissional de saúde no serviço		
Nunca	0	0,0
Algumas vezes	5	5,6
Sempre	84	94,4
Frequência com que recorre aos profissionais de saúde em caso de dúvida		
Nunca recorre aos profissionais de saúde do serviço	23	25,9
Algumas vezes recorre aos profissionais de saúde do serviço	6	6,7
Sempre recorre aos profissionais de saúde do serviço	60	67,4
Posicionamento do usuário: intenção de continuar o tratamento na UBS		
Gostaria de mudar de UBS	3	3,4
Algumas vezes gostaria de mudar de UBS	1	1,1
Manter a UBS atual	85	95,5
Tempo para ser atendido		
Mais do que 1 hora	2	2,2
Até 1 hora	7	7,9
Até 30 minutos	80	89,9
Visita Domiciliária		
Nunca	48	54,0
Uma vez	19	21,3
Algumas vezes	22	24,7

(continua)

(continuação)

MARCADORES	Número (N ^o)	%
Profissionais de saúde que realizaram a VD		
Não teve VD	48	54,0
ACS	26	29,2
ACS+ Auxiliar de enfermagem	4	4,5
ACS+ Enfermeiro (a)	4	4,5
Enfermeiro (a)	2	2,3
Médico+Enfermeiro (a)	1	1,1
Médico + Enfermeiro(a) +ACS	1	1,1
Médico + Enfermeira + Auxiliar de enfermagem+ACS	1	1,1
Técnico da Vigilância + Auxiliar de enfermagem	1	1,1
Aux. de enfermagem	1	1,1
Total	89	100,0

(conclusão)

4.3 SEGUNDA ETAPA DA COLETA DE DADOS: DINÂMICA DOS MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Para a segunda etapa da coleta de dados, o instrumento aplicado a 89 sujeitos da primeira etapa foi reaplicado a 59 sujeitos. O escore total, nesta última etapa teve média de 80,4 (entre 66 – 92). Os sujeitos se encontravam por volta de 90 dias a 140 dias de tratamento.

Conforme anteriormente apresentado, cada um dos pacientes, ao responder as perguntas, recebia um escore por marcador, lembrando que, quanto menor o escore, maior a vulnerabilidade à não adesão. O mesmo foi feito na segunda etapa da coleta de dados.

As tabelas seguintes apresentam os resultados da comparação entre os escores atribuídos na primeira e segunda etapas da coleta de dados. Na linha diagonal (cor azul), verificam-se as situações dos doentes que não apresentaram modificação do escore em relação ao marcador em análise (ex: Não tem trabalho: 6 sujeitos apresentaram escore 1 por ocasião do primeiro e do segundo momento da coleta de dados). As células em amarelo mostram os sujeitos que apresentaram variação no escore entre a primeira e a segunda etapa da coleta de dados (ex: 5 sujeitos que

tinham escore 1 na primeira etapa da coleta, passaram a ter escore 2 na segunda etapa da coleta de dados), ou seja, em tese, diminuiria a possibilidade de abandono do tratamento destes sujeitos que constituíram exemplo.

Assim, considerando-se o total dos sujeitos da segunda etapa da coleta de dados (59), dos 32 marcadores do instrumento, constatou-se que houve variação do escore para 26 deles. Dentre esses, houve melhora do aumento dos escores de 7 marcadores: concepção sobre a causalidade da TB, Impacto na vida, trabalho; dificuldade no tratamento em relação à medicação; evolução da doença e convívio com a família e, receber VD, enquanto apenas o marcador – Modalidade do tratamento apresentou piora, pois houve diminuição do escore.

Para cada um dos marcadores aplicou-se o teste de McNemar, considerando-se o valor de $p < 0,05$.

Quanto ao marcador Trabalho, na Tabela 11, constata-se que houve mudanças para nove sujeitos (células amarelas). Destes, quatro sujeitos que antes exerciam alguma atividade laboral, passaram para situação de desemprego. Destaca-se que 8,5% (5) dos sujeitos não tinham trabalho, mas passaram a trabalhar em situação de *bico*. Os que não se encontravam em atividades laborais, apontaram como principais condições que determinaram tal situação, as seguintes: afastamento das atividades devido à doença, continuar em situação de desemprego, ser aposentado ou ser estudante. Este marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,35$).

Tabela 11 – Distribuição da frequência do marcador Trabalho entre a primeira e a segunda etapas de coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Não tem trabalho (escore 1)		Trabalha não fixo (bico)		Trabalho fixo ou com carteira assinada		TOTAL	
Trabalho	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não tem trabalho (1)	6	10,2	5	8,5	0	0,0	11	19,0
Trabalha não fixo (bico) (2)	2	3,4	6	10,2	0	0,0	8	14,0
Trabalho fixo ou com carteira assinada (2)	2	3,4	0	0,0	38	64,0	40	68,0
TOTAL	10	17,0	11	18,7	38	64,0	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,35.

Com relação à situação de vida (situação de moradia/ conviver com familiares), 3,4% (2) dos sujeitos passaram a viver com outras pessoas, um (1,7%) sujeito informou ter deixado de morar com outras pessoas e passou a viver sozinho. Dois outros sujeitos, sendo um que vivia sozinho e outro com outras pessoas, passaram a viver em situação de rua/albergue, respectivamente, com 1,7%. Este marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,506$) (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da frequência do marcador Vida (situação de moradia/conviver com familiares), entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades de Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Vive situação de rua/albergue		Vive sozinho		Vive com outras pessoas		TOTAL	
Vida (situação de moradia, conviver com familiares)	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vive situação de rua/albergue (1)	7	11,9	0	0,0	0	0,0	7	12,0
Vive sozinho (2)	1	1,7	7	11,9	2	3,4	10	17,0
Vive com outras pessoas(3)	1	1,7	1	1,7	40	67,7	42	71,0
TOTAL	9	15,3	8	13,6	42	71,1	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,506.

Quanto à religiosidade, 5,1% (3) dos sujeitos que frequentavam a igreja *esporadicamente* passaram a não frequentar, o mesmo ocorreu com 1,7% (1) que *sempre* frequentavam. Condição oposta ocorreu com 8,5% (5) dos sujeitos que não frequentavam e passaram a frequentar *esporadicamente* ou frequentar *sempre*, e 6,8% (4) dos doentes passaram a frequentar *sempre*. Este marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,801$) (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição da frequência do marcador Crença religiosa entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades de Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Não frequenta		Frequenta esporadicamente		Frequenta sempre		TOTAL	
Crença religiosa	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Não freqüenta (1)	25	42,3	3	5,1	2	3,4	30	51,0
Frequenta esporadicamente (2)	3	5,1	8	13,6	4	6,8	15	26,0
Frequenta sempre (3)	1	1,7	2	3,4	11	18,6	14	24,0
TOTAL	29	49,1	13	22,1	17	28,8	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,801.

O percurso até a UBS também passou a ser mais demorado para 3,4% (2) dos sujeitos que antes o realizavam em 30 minutos, estendendo-se para uma hora ou para mais de uma hora, respectivamente, com 1,7%. Por outro lado, o percurso diminuiu para 3,4% (2) dos sujeitos que passaram a gastar menos de 30 minutos. Este marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,506$) (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição da frequência do marcador Tempo gasto para ir à UBS entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Mais de 1 hora		Até 1 hora		Até 30 minutos		TOTAL	
Tempo gasto para ir à UBS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mais de 1 hora (1)	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Até 1 hora (2)	1	1,7	1	1,7	2	3,4	4	6,8
Até 30 minutos (3)	1	1,7	1	1,7	52	88,1	54	91,5
TOTAL	3	5,1	2	3,4	54	91,5	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,506.

No que se refere ao consumo de álcool, na Tabela 15 identifica-se que esse marcador apresentou maior modificação: 18,6% (11) dos sujeitos que na primeira etapa da coleta de dados referiram não consumir bebida alcoólica passaram

a consumi-la, ainda que não chegassem à embriaguez. Situação oposta ocorreu com 8,5% (5) dos sujeitos que deixaram de consumir bebida alcoólica. Este marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,153$).

Tabela 15 – Distribuição da frequência do marcador Consumo de álcool entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

SEGUNDA								
PRIMEIRA ETAPA	Consome bebida alcoólica e se embriaga		Consome bebida alcoólica e não se embriaga		Não consome bebida alcoólica		TOTAL	
Consumo de álcool	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consome bebida alcoólica e se embriaga (1)	0	0,0	1	1,7	1	1,7	2	3,4
Consome bebida alcoólica e não se embriaga (2)	0	0,0	1	1,7	4	6,8	5	8,5
Não consome bebida alcoólica (3)	0	0,0	11	18,6	41	69,5	52	88,1
TOTAL	0	0,0	13	22,0	46	78,0	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,153.

Quanto ao hábito de fumar, 8,5% (5) dos sujeitos que o faziam na primeira etapa da coleta, descontinuaram esse hábito. Entre os que retornaram ao seu uso contínuo, foram 6,8% (4) dos sujeitos que passaram a *fumar* todos os dias ou de vez em quando. Este marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,682$) (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição da frequência do marcador Consumo de fumo entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Sim ,diariamente		Às vezes/parou devido ao tratamento		Não usa		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Consumo de Fumo								
Sim, diariamente (1)	11	18,6	0	0,0	5	8,5	16	27,0
De vez em quando (2)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não fuma (3)	3	5,1	1	1,7	39	66,1	43	73,0
TOTAL	14	23,7	1	1,7	44	74,6	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,682.

Em relação ao uso de drogas ilícitas, foram identificadas mudanças apenas para 3,4% (2) dos sujeitos. Um afirmou não usar, passando a fazer uso, e um relatou ter parado devido ao tratamento, respectivamente com 1,7%. Este marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=1$) (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição da frequência do marcador Consumo de droga entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Sim, diariamente		Às vezes/parou devido ao tratamento		Não usa		TOTAL	
Consumo de Droga	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sim, diariamente (1)	3	5,1	0	0,0	0	0,0	3	5,1
Às vezes/parou devido ao tratamento (2)	0	0,0	1	1,7	1	1,7	2	3,4
Não usa (3)	0	0,0	1	1,7	53	89,8	54	91,5
TOTAL	3	5,1	2	3,4	54	91,5	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 1.

Quanto à presença de doença associada e a necessidade de tomar medicamentos, identificou-se mudanças nos escores para o total de 11,9% (7) dos sujeitos, que anteriormente relataram não ter outra doença. Destes, 8,5% (5) passaram a usar outros medicamentos, além daqueles para a TB, 3,4% (2) dos sujeitos que relataram ter doença associada e não precisavam tomar medicamento, também passaram a fazê-lo; 3,4% (2) dos sujeitos, que na primeira etapa referiram ter problema de saúde e não precisar tomar medicação, passaram a não ter mais problema de saúde e apresentaram escore 3, ou seja, não ter doença associada. Este marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,149$) (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição da frequência do marcador Doença Associada entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Tem e toma medicamento		Tem e não precisa tomar medicamento		Não tem doença associada		Total	
Doença associada	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tem e toma medicamento (1)	13	22,0	1	1,7	0	0,0	14	24,0
Tem e não precisa tomar medicamento (2)	2	3,4	5	8,5	2	3,4	9	15,0
Não tem doença associada (3)	5	8,5	2	3,4	29	49,1	36	61,0
TOTAL	20	33,9	8	13,6	31	52,5	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,149.

No que se refere ao conhecimento dos sujeitos sobre a causa da tuberculose, 13,6% (8) a desconheciam inicialmente e, na segunda etapa da coleta de dados, referiram que a doença estava associada ao agente etiológico e a elementos da vida e do trabalho. Constatou-se que 3,4% (2) dos sujeitos que associavam a doença a um agente etiológico diverso, conseguiram ampliar a sua compreensão sobre o adoecimento na segunda etapa da coleta de dados. Verificou-se que 10,2% (6) dos sujeitos que desconheciam a causa da doença, passaram a vincular a sua transmissão a um agente etiológico diverso. Este marcador apresentou mudança estatisticamente significativa ($p = 0,002$) (Tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição da frequência do marcador Concepção sobre a Causa da tuberculose entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

SEGUNDA ETAPA								
PRIMEIRA ETAPA	Desconhece a causa, associando-a a elementos difusos		Associa a um agente etiológico		Associa o agente etiológico e a elementos de vida e trabalho		TOTAL	
Concepção sobre a causa da TB	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desconhece a causa, associando-a a elementos difusos (1)	35	59,0	6	10,2	8	13,6	49	83,0
Associa a um agente etiológico (2)	0	0,0	5	8,5	2	3,4	7	11,9
Associa ao agente etiológico e a elementos de vida e trabalho (3)	0	0,0	1	1,7	2	3,4	3	5,1
TOTAL	35	59,0	12	20,4	12	20,4	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,002.

No que se refere ao fato de informar a doença a outras pessoas, 6,8% (4) repassaram essa informação a familiares, amigos e/ou colegas de trabalho/chefe, na segunda etapa da coleta de dados; e 3,4% (2) dos sujeitos que antes não haviam compartilhado essa informação com ninguém, repassaram a outras pessoas. Contudo, um (1,7%) sujeito que, na primeira etapa da coleta, relatou ter informado que estava com TB à família, amigos/colegas de trabalho, na segunda etapa, afirmou que, de fato, não havia falado sobre o diagnóstico da doença, mas relatou aos amigos que sua enfermidade era pneumonia. Este marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,284$) (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição da frequência do marcador Informou sobre a Doença entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Não informou a ninguém		Informou familiares		informou familiares e outros		TOTAL	
Informou sobre a doença	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Não informou a ninguém (1)	1	1,7	0	0,0	2	3,4	3	5,1
Informou familiares (2)	0	0,0	8	13,6	4	6,8	12	20,4
Informou familiares e outros (3)	0	0,0	1	1,7	43	72,8	44	74,5
TOTAL	1	1,7	9	15,3	49	83,0	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,284.

Na segunda etapa da coleta de dados, ao questioná-los sobre o impacto da doença em suas vidas, foram constatadas mudanças para o maior escore (3) para 25,0% (15) dos sujeitos. Destes, 10,0% (6) dos sujeitos afirmaram que a doença causou impacto negativo e, por ocasião da segunda etapa da coleta, referiram que isto não mais ocorria. O mesmo ocorreu para 15,0% (9) dos sujeitos que haviam afirmado ter tido algum impacto na primeira etapa da coleta de dados. Para 4,8% (4) dos sujeitos que, anteriormente, referiram não ter sentido impacto, houve mudança de posição na segunda etapa da coleta. Esse marcador não apresentou mudança estatisticamente significativa ($p=0,007$) (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição da frequência do marcador Impacto da Doença na Vida entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							TOTAL
	Causou impacto negativo		Algumas vezes causou impacto negativo na vida		Não causou impacto negativo			
Impacto na vida	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Causou impacto negativo (1)	3	5,1	8	13,6	6	10,0	17	29,0
Algumas vezes causou impacto negativo na vida (2)	1	1,7	2	3,4	9	15,0	12	20,0
Não causou impacto negativo (3)	1	1,7	3	5,1	26	44,0	30	51,0
TOTAL	5	8,5	13	22,1	41	69,0	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,007.

Em relação ao impacto da doença no trabalho, 6,8% (4) dos sujeitos que antes relataram sentir impacto *algumas vezes*, na segunda etapa referiram que houve impacto negativo em suas atividades. Por outro lado, 8,5% (5) que já haviam mencionado ter sentido impacto amenizaram tal sentimento por ocasião da segunda etapa. Entretanto, para 3,4% (2) dos sujeitos que antes mencionaram que a enfermidade não havia causado impacto, mudaram para a menção para *alguma vez*. Ressalta-se que 41,0% (24) dos sujeitos deixaram de sentir impacto da doença no trabalho durante o tratamento. Esse marcador apresentou mudança estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição da frequência do marcador Impacto da Doença no Trabalho entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA						TOTAL	
	Causou impacto negativo em suas atividades		Algumas vezes causou impacto negativa em suas atividades		Não causou impacto negativo			
Impacto da doença no trabalho	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Causou impacto negativo em suas atividades (1)	14	23,7	5	8,5	17	29,0	36	61,0
Algumas vezes causou impacto negativo em suas atividades (2)	4	6,8	1	1,7	7	12,0	12	20,0
Não causou impacto nas atividades (3)	0	0,0	2	3,4	9	15,0	11	19,0
TOTAL	18	30,5	8	13,6	33	56,0	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: $<0,001$.

Em relação à modalidade do tratamento instituído, na segunda fase da coleta de dados, identificou-se mudança considerável do TDO para o auto-administrado. Constatou-se que dos 22,1% (13) sujeitos, que antes realizavam o TDO em até 5 vezes por semana, 11,9% (7) passaram para o auto-administrado e 10,2% (6) passaram para o TDO em até 3 vezes por semana. Ocorreu o mesmo para 8,5% (5) dos sujeitos que antes realizavam TDO em até 3 vezes por semana e passaram para o auto-administrado. Esse marcador apresentou mudança estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição da frequência do marcador Modalidade do Tratamento entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Auto-administrado		TDO 3xsemana		TDO 5xsemana		TOTAL	
Modalidade do tratamento	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Auto-administrado (1)	11	18,6	0	0,0	0	0,0	11	19,0
TDO 3xsemana (2)	5	8,5	2	3,4	0	0,0	7	12,0
TDO 5xsemana (3)	7	11,9	6	10,2	28	47,0	41	70,0
TOTAL	23	39,0	8	13,6	28	47,0	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: $<0,001$.

Quanto à apresentação de dificuldades na realização do tratamento em virtude dos medicamentos, 37,0% (22) dos sujeitos mencionaram não ter na primeira etapa da coleta de dados. Destes, 17,0% (10) passaram a apresentar dificuldades *sempre* e 20,0% (12) passaram a apresentar dificuldade *algumas vezes* na segunda etapa da coleta. Por outro lado, 15,3% (9) relataram dificuldade no início do tratamento, mas no segundo momento da coleta de dados relativizaram tal opinião, referindo que isto ocorria somente *algumas vezes*; um (1,7%) dos sujeitos que não apresentava dificuldade na primeira entrevista, mudou sua opinião na segunda ocasião, para *algumas vezes*; e, outro (1,7%) passou a sentir *sempre*. Esse marcador apresentou mudança estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 24).

Tabela 24 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação aos Medicamentos entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA		SEGUNDA ETAPA						TOTAL	
		Sempre apresenta		Algumas vezes apresenta		Nunca apresenta dificuldades			
Dificuldade no tratamento em relação aos medicamentos	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sempre apresenta (1)	2	3,4	9	15,3	10	17,0	21	36,0	
Algumas vezes apresenta (2)	1	1,7	6	10,2	12	20,0	19	32,0	
Nunca apresenta dificuldades (3)	0	0,0	1	1,7	18	30,0	19	32,0	
TOTAL	3	5,1	16	27,2	40	68,0	59	100,0	

p-valor do teste de McNemar: $<0,001$.

A melhora da evolução da doença foi expressa por 33,9% (20) dos sujeitos na segunda fase da coleta de dados. No entanto, identificou-se que, mesmo com a continuidade do tratamento, 1,7% (1) afirmou ter piora da doença e 1,7% (1) que havia opinado, na primeira etapa que tinha piorado, mesmo após o início do tratamento, passou a referir que não houve alteração, por ocasião da segunda etapa da coleta de dados. Esse marcador apresentou mudança estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação à Evolução da Doença entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Apresenta piora, mesmo após início de tratamento		Nada se alterou (sinais e sintomas)		Manifesta melhora da enfermidade, após o início do tratamento		TOTAL	
Dificuldade no tratamento em relação à evolução da doença	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Apresenta piora, mesmo após início de tratamento (1)	0	0,0	1	1,7	2	3,4	3	5,1
Nada se alterou (sinais e sintomas) (2)	0	0,0	2	3,4	18	30,5	20	33,9
Manifesta melhora da enfermidade, após o início do tratamento (3)	1	1,7	0	0,0	35	59,3	36	61,0
TOTAL	1	1,7	3	5,1	55	93,2	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: $<0,001$.

Quanto à eventual dificuldade, no que se refere à falta de apoio por parte de familiares, identificou-se que, 5,1% (3) dos sujeitos afirmaram que tiveram apoio da família no decorrer do processo saúde-doença, tendo mudado de opinião. Entretanto, para dois sujeitos (3,4%) que relataram ter apoio dos familiares na primeira etapa, no segundo momento isto se modificou, sendo que; 1,7% (1) se posicionou não ter apoio e outro que isto ocorria apenas *algumas vezes* (1,7%). Esse marcador apresentou mudança estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 26).

Tabela 26 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação ao Convívio com a Família entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Familiars não apóiam no tratamento/não tem família/ mora na rua		Familiars algumas vezes o apóiam no tratamento		Familiars sempre o apóiam no tratamento		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dificuldade no tratamento em relação ao convívio com a família								
Familiars não apóiam no tratamento/não tem família/ mora na rua (1)	9	15,3	0	0,0	3	5,1	12	20,0
Familiars algumas vezes o apóiam no tratamento (2)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Familiars sempre o apóiam no tratamento (3)	1	1,7	1	1,7	45	76,2	47	80,0
TOTAL	10	17,0	1	1,7	48	81,3	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: $<0,001$.

Em relação às dificuldades sentidas pelos sujeitos no trabalho, decorrentes da falta de apoio, identificou-se que 16,6% (6) dos sujeitos que anteriormente mencionaram não ter apoio no primeiro momento, passaram a recebê-lo *algumas vezes* (2) ou *sempre* (4). O oposto ocorreu com 5,6% (2) dos sujeitos que mencionaram, inicialmente, ter apoio no trabalho e passaram a afirmar, na segunda etapa, que já não dispunham ou o tinham apenas *algumas vezes*. Ressalta-se que foram excluídos 23 sujeitos que não receberam escore, pois estavam desempregados no primeiro momento do tratamento ou eram autônomos e, portanto, não tinham relação de trabalho configurada com a presença de chefia e colegas. Esse marcador não obteve mudança estatisticamente significativa ($p=0,572$) (Tabela 27).

Tabela 27 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação ao Apoio no Trabalho entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Não há apoio no trabalho/não mencionou aos colegas e chefia		Alguns colegas e chefia o apóiam no tratamento		Sempre o apóiam		TOTAL	
Dificuldade no tratamento em relação ao apoio no trabalho	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não há apoio no trabalho/não mencionou aos colegas e chefia (1)	5	13,9	2	5,6	4	11,0	11	30,6
Alguns colegas e chefia o apóiam no tratamento (2)	1	2,8	0	0,0	0	0,0	1	2,8
Sempre o apóiam (3)	2	5,6	1	2,8	21	58,0	24	66,6
TOTAL	8	22,3	3	8,4	25	69,0	36	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,572.

Quanto às dificuldades para o tratamento, advindas do serviço de saúde e relacionadas ao apoio dos profissionais de saúde e recebimento de incentivos, verifica-se que 5,1% (3) dos sujeitos, que consideravam não receber apoio do serviço de saúde por ocasião da primeira etapa da coleta de dados, mencionaram, na segunda etapa, que sempre recebiam. Identificou-se, ainda, que dois sujeitos que antes recebiam apoio, relataram não receber e receber *algumas vezes*, respectivamente com 1,7% (1), no segundo momento da coleta de dados. Esse marcador não obteve mudança estatisticamente significativa ($p=0,572$) (Tabela 28).

Tabela 28 – Distribuição da frequência do marcador Dificuldade no Tratamento em Relação ao Apoio no Serviço de Saúde entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Não há apoio no serviço para o tratamento		Alguns profissionais de saúde o apóiam no tratamento		Sempre o apóiam no tratamento		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dificuldade no apoio no serviço de saúde								
Não há apoio no serviço de saúde para o tratamento (1)	0	0,0	0	0,0	3	5,1	3	5,1
Alguns profissionais de saúde o apóiam no tratamento (2)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sempre o apóiam no tratamento (3)	1	1,7	1	1,7	54	91,5	56	94,9
TOTAL	1	1,7	1	1,7	57	96,6	59	100,0

P– valor do teste de McNemar: 0,572.

Quanto ao fato de manifestarem desejo de desistir do tratamento, identificou-se que, entre os sujeitos que não o apresentavam na primeira coleta de dados, posteriormente, 15,3% (9) posicionaram-se declarando que já haviam pensado em fazê-lo. Ao contrário, 6,8% (4) dos sujeitos que se posicionaram que já tinham apresentado desejo de desistência do tratamento, no segundo momento referiram que isto não mais ocorria. Esse marcador não obteve mudança estatisticamente significativa ($p=0,589$) (Tabela 29).

Tabela 29 – Distribuição da frequência do marcador Desejo de Desistência em Relação à Continuidade do Tratamento entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Pensou em desistir do tratamento		Já pensou em desistir do tratamento		Não apresenta desejo de desistência		TOTAL	
Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pensa em desistir do tratamento (1)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Já pensou em desistir do tratamento (2)	0	0,0	2	3,4	4	6,8	6	10,0
Não apresenta desejo de desistência (3)	0	0,0	9	15,3	44	74,5	53	90,0
TOTAL	0	0,0	11	18,7	48	81,3	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,589.

Com relação à capacidade de formulação de projetos de vida, verificou-se que 20,0% (12) do total dos sujeitos admitiram ampliar tal motivação, para outros motivos além da própria saúde e 17,0% (10) passaram a restringir a menção sobre a continuidade do tratamento, apenas em virtude da necessidade de melhorar a saúde. Esse marcador não obteve mudança estatisticamente significativa ($p=0,831$) (Tabela 30).

Tabela 30 – Distribuição da frequência do marcador - Capacidade de Formular Projetos de Vida para Concretização após o Tratamento, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA					
	Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde		Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde e por ter outros motivos		TOTAL	
Capacidade de formular projetos de vida	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde (2)	6	10,0	12	20,0	18	30,0
Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde e por ter outros motivos (filhos, trabalho, dentre outros) (3)	10	17,0	31	53,0	41	70,0
TOTAL	16	27,0	43	73,0	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,831.

Quanto aos marcadores relativos aos serviços de saúde, buscou-se identificar se os sujeitos sentiam que seus problemas eram objeto de escuta dos profissionais de saúde. Identificou-se que 8,5% (5) dos sujeitos, que anteriormente apontavam que seus problemas de saúde não eram objeto de escuta, passaram a considerar que sempre eram ouvidos, por ocasião da segunda etapa da coleta de dados. Verificou-se que, 3,4% (2) dos sujeitos que manifestaram ser ouvidos *sempre*, passaram a relatar que *algumas vezes* eram ouvidos. Situação oposta ocorreu com um (1,7%) sujeito, que considerou que não era mais ouvido pelos profissionais. Esse marcador não obteve mudança estatisticamente significativa ($p=0,198$) (Tabela 31).

Tabela 31 – Distribuição da frequência do marcador - Vínculo e Acolhimento na UBS: Sentir-se Ouvido, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Seus problemas de saúde não são objetos de escuta		Algumas vezes são objetos de escuta		Sempre são objetos de escuta		TOTAL	
Vínculo/Acolhimento na UBS	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Seus problemas de saúde não são objetos de escuta (1)	0	0,0	0	0,0	5	8,5	5	8,5
Algumas vezes são objeto de escuta (2)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sempre são objetos de escuta (3)	1	1,7	2	3,4	51	86,4	54	91,5
TOTAL	1	1,7	2	3,4	56	94,9	59	100,0

p-valor do teste de McNemar: 0,198.

No que se refere ao marcador ser atendido pelos mesmos profissionais de saúde, houve poucas mudanças nos escores, identificadas para 5,1% (3) dos sujeitos que referiram passar a ser *sempre* atendidos pelos mesmos profissionais de saúde, enquanto 3,4% (2) dos sujeitos que anteriormente haviam referido *sempre*, mudaram para *algumas vezes*. Esse marcador não obteve mudança estatisticamente significativa ($p=1$) (Tabela 32).

Tabela 32 – Distribuição da frequência do marcador Vínculo e Acolhimento – Ser Atendido pelos Mesmos Profissionais de Saúde, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA					
	Algumas vezes		Sempre		TOTAL	
Vínculo/Acolhimento atendido pelos mesmos profissionais de saúde	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Algumas vezes (2)	0	0,0	3	5,1	3	5,1
Sempre (3)	2	3,4	54	91,5	56	94,9
TOTAL	2	3,4	57	96,6	59	100,0

P-valor do teste de McNemar: 1.

No que se refere à frequência com que os doentes de TB recorriam aos profissionais de saúde quando tinham dúvidas, 22,0% (13) dos sujeitos que antes não recorriam ou recorriam algumas vezes, passaram a mencionar que recorriam *sempre*; e o mesmo ocorreu com outro sujeito (1,7%) que referiu recorrer *alguma vez*, por ocasião da segunda etapa da coleta. Esse marcador não obteve mudança estatisticamente significativa ($p=0,181$) (Tabela 33).

Tabela 33 – Distribuição da frequência do marcador Vínculo/Acolhimento - Quando Tem Dúvida Recorre aos Profissionais de Saúde, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

Paulo ST, Brasília, 2010-2012								
PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Nuca recorre/ não tem dúvida		Algumas vezes recorre		Sempre recorre		TOTAL	
Vínculo/Acolhimento quando tem dúvida recorre aos profissionais de saúde	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nuca recorre/ não tem dúvida (1)	3	5,1	1	1,7	12	20,3	16	27,1
Algumas vezes recorre (2)	0	0,0	2	3,4	1	1,7	3	5,1
Sempre recorre (3)	5	8,5	0	0,0	35	59,3	40	67,8
TOTAL	8	13,6	3	5,1	48	81,3	59	100,0

P-valor do teste de McNemar: 0,181.

Quando indagados sobre a intenção de dar continuidade ao tratamento na UBS, houve mudanças nos escores apenas para 5,1% (3) dos sujeitos: dois mencionaram que gostariam de mudar de UBS, enquanto outro sujeito afirmou que gostaria de dar continuidade ao tratamento na UBS, respectivamente com 1,7%. Esse marcador não obteve mudança estatisticamente significativa ($p=0,801$) (Tabela 34).

Tabela 34 – Distribuição da frequência do marcador Intenção de Continuar o Tratamento na UBS, entre a primeira e a segunda etapas de coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA						TOTAL	
	Gostaria de fazer o tratamento em outra UBS		Algumas vezes gostaria de fazer o tratamento em outra UBS		Gostaria de dar continuidade ao tratamento nessa UBS			
Intenção de continuar o tratamento na UBS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gostaria de fazer o tratamento em outra UBS (1)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Algumas vezes gostaria de fazer o tratamento em outra UBS (2)	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7
Gostaria de dar continuidade ao tratamento nessa UBS (3)	1	1,7	1	1,7	56	94,9	58	98,3
TOTAL	1	1,7	1	1,7	57	96,6	59	100,0

P-valor do teste de McNemar: 0,801.

No que se refere ao tempo para ser atendido no serviço de saúde, ocorreram mudanças nos escores para quatro sujeitos, destes, 5,1% (3) passaram a referir menor tempo para serem atendidos, ou seja, em até 30 minutos; e 1,7% (1) apontou tempo de espera em até 1 hora no segundo momento da coleta de dados. Esse marcador não obteve mudança estatisticamente significativa ($p=0,721$) (Tabela 35).

Tabela 35 – Distribuição da frequência do marcador Tempo Gasto para ser Atendido na UBS, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA COLETA	SEGUNDA COLETA							
	Mais do que 1 hora		Até 1 hora		Até 30 minutos		TOTAL	
Tempo gasto para ser atendido na UBS	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mais do que 1 hora (1)	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7
Até 1 hora (2)	0	0,0	4	6,8	2	3,4	6	10,2
Até 30 minutos (3)	0	0,0	1	1,7	51	86,4	5	88,1
TOTAL	0	0,0	5	8,5	54	91,5	59	100,0

P-valor do teste de McNemar: 0,721.

Em relação ao recebimento de visita domiciliária, foi executada pelo serviço de saúde para 22,1% (13) dos sujeitos, que na primeira coleta mencionaram não tê-la recebido. Identificou-se que 12,0% (7) dos sujeitos que já haviam recebido uma vez, relataram que receberam outras visitas. Esse marcador apresentou mudança estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 36).

Tabela 36 – Distribuição da frequência do marcador Recebimento de Visita Domiciliária, entre a primeira e a segunda etapas da coleta de dados. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA							
	Nunca teve		Já teve VD em uma ocasião		Já teve algumas vezes		TOTAL	
Recebimento de VD	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nunca teve (1)	19	32,0	3	5,1	10	17,0	32	54,0
Já teve VD em uma ocasião (2)	0	0,0	9	15,3	7	12,0	16	27,0
Já teve algumas vezes (3)	0	0,0	0	0,0	11	19,0	11	19,0
TOTAL	19	32,0	12	20,4	28	47,0	59	100,0

P-valor do teste de McNemar: $< 0,001$.

4.4 ANÁLISE UNIVARIADA DOS MARCADORES RELACIONADOS AOS SUJEITOS QUE ADERIRAM E NÃO-ADERIRAM AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Para essa análise foi necessário identificar o desfecho do tratamento dos 89 sujeitos do estudo. Estes foram divididos em três grupos: os que aderiram ao tratamento ($n=75$), corresponderam aos que se encontravam curados e em tratamento, por ocasião da finalização da coleta de dados; o grupo que não aderiu ao tratamento ($n=12$), correspondeu aos sujeitos que tiveram como desfecho final o abandono e, o grupo *missing*, que se refere aos que foram transferidos (2).

Realizou-se a análise univariada com informações procedentes da primeira e segunda etapas de coletas dados, referentes à caracterização dos sujeitos do estudo e aos marcadores.

Na Tabela 37, que se refere aos dados da primeira parte do instrumento, verifica-se que entre os grupos que aderiram e não-aderiram não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis idade e tempo de chegada à UBS, porém, verifica-se diferença em relação ao número de pessoas que compartilhavam renda. Para esta variável, o grupo que não-aderiu ao tratamento compartilhava a renda com menor número de pessoas ou moravam sozinhas ($p=0,025$).

Tabela 37 – Distribuição da frequência dos marcadores entre os grupos dos que aderiram e não-aderiram ao tratamento da tuberculose. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

MARCADORES	Adesão	N°	Média	dp ²	Mediana	IC para média (95%)		P ⁵
						Inf ³	Sup ⁴	
Compartilhar renda	Todos ¹	89	3,37	2,533	3	2,84	3,9	0,0252
	Não	12	2,75	3,441	1	0,56	4,9	
	Sim	75	3,53	2,373	3	2,99	4,1	
Idade	Todos	89	37,17	12,139	28,0	35	40	0,5047
	Não	12	39,33	10,748	41,5	33	46	
	Sim	75	37,00	12,447	38,0	34	40	
Tempo para chegar a UBS	Todos	89	17,97	13,23	6	15	21	0,9607
	Não	12	18,25	13,06	20	10	27	
	Sim	75	18,16	13,429	15	15	21	

1.Foram incluídos os dois sujeitos designados missing, 2.dp=desvio padrão, 3.inf=inferior, 4.sup=superior, 5.Teste de Mann Whitney (Compartilhar renda e Tempo) e Teste *t-Student* (Idade).

Na Tabela 38, os sujeitos foram distribuídos nos três grupos. As variáveis que apresentaram valor significativo quanto à probabilidade de adesão foram as seguintes:

- Faltar ao tratamento na fase de manutenção, conforme se constatou na segunda etapa da coleta de dados, considerando-se os 59 sujeitos;
- Com quem morava;
- Ter trabalho fixo ou carteira registrada;
- Não estar trabalhando: que esteve relacionada, principalmente, à condição de desemprego; e
- Pertencimento à Supervisão Técnica de Saúde.

Tabela 38 – Frequência dos marcadores entre os grupos das pessoas que aderiram e não-aderiram ao tratamento da tuberculose. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

MARCADORES	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N=59	%	
Faltas na segunda etapa									
Sim	5	100,0	17	32,1	0	0,0	22	37,3	0,013
Não	0	0,0	36	67,9	1	100,0	37	62,7	
Com quem estava morando	N°	%	N°	%	N°	%	N=89	%	
Família	4	33,3	51	68,0	0	0,0	55	61,8	<0,001
Outros	6	50,0	11	14,7	1	50,0	18	20,2	
Sozinho	2	16,7	13	17,3	1	50,0	16	18,0	
Trabalho fixo/com carteira registrada	N°	%	N°	%	N°	%	N=89	%	
Não	12	100,0	53	71,0	2	100,0	67	75,0	0,032
Sim	0	0,0	22	29,0	0	0,0	22	25,0	
Não estava trabalhando no momento¹	N°	%	N°	%	N°	%	N=56	%	
Afastado	0	0,0	31	65,9	0	0,0	31	55,3	0,001
Aposentado/ do lar/ nunca trabalhou / Estudante	2	22,0	3	6,4	0	0,0	5	9,0	
Desempregado	7	78,0	13	27,7	0	0,0	20	35,7	
Supervisão Técnica de Saúde	N°	%	N°	%	N°	%	N=89	%	X ²
Butantã	3	6,1	44	89,8	2	4,1	49	100,0	0,049
Sé	9	23,7	29	76,3	0	0,0	38	100,0	
Lapa/Pinheiros	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100,0	

Teste de Fisher, qui-quadrado. 1.Resultados dos sujeitos que participaram da segunda coleta e dividido em dois grupos para o grupo de adesão.

Foram os seguintes os marcadores/variáveis que não apresentaram valores estatísticos significativos: ser acompanhado pela ESF, sexo, renda familiar, tipo de TB, faltas nos primeiros 30 dias de tratamento, ter infecção por HIV, procedência, escolaridade, estar trabalhando no momento da coleta (nos primeiros 30 dias de tratamento), profissão/ocupação, trabalhar em condição instável (por exemplo, “bico”), religião, tipo de transporte para chegar à UBS, uso de drogas na segunda etapa da coleta de dados, doença associada, uso de outros medicamentos (APÊNDICE 6).

Na Tabela 39 considerou-se a divisão dos sujeitos do estudo em dois grupos: os que aderiram ao tratamento (n=75) e os que não aderiram ao tratamento (n=12). Nesta análise, utilizou-se os resultados referentes aos escores dos 32 marcadores da primeira etapa da coleta de dados. Aplicou-se o teste exato de Fisher, para avaliar as diferenças significativas entre os dois grupos. Seis marcadores apresentaram valor estatístico significativo, a saber: Trabalho (condição empregatícia) ($p=0,001$), Vida (situação de moradia/conviver com familiares) ($p=0,007$), Drogas ($p=0,001$), Reação diante do diagnóstico ($p=0,022$), Informou sobre a doença ($p=0,037$) e Dificuldade de apoio na família ($p<0,001$). Ainda, nesta análise foi excluído o marcador Dificuldade no Tratamento em Relação ao Apoio no Trabalho, pois o número de respondentes aos escores deste marcador inviabilizou a aplicação dos procedimentos analíticos.

Tabela 39 – Frequência dos escores dos marcadores entre os grupos das pessoas que aderiram e não-aderiram ao tratamento da tuberculose. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

Marcadores	Valor do escore	Não aderiu (N=12)		Aderiu (N=75)		Total (N=89)		P*
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Trabalho (condição empregatícia)	1	9	75,0	15	20,0	24	27,0	0,001
	2	1	8,3	12	16,0	14	15,7	
	3	2	16,7	48	64,0	51	57,3	
Vida (situação de moradia/conviver com familiares)	1	5	41,7	8	10,7	14	15,7	0,007
	2	3	25,0	12	16,0	16	18,0	
	3	4	33,3	55	73,3	59	66,3	
Drogas	1	2	16,7	3	4,0	5	5,6	0,001
	2	3	25,0	1	1,3	4	4,5	
	3	7	58,3	71	94,7	80	89,9	
Reação diante do diagnóstico	1	4	33,3	52	69,4	58	65,2	0,022
	2	6	50,0	13	17,3	19	21,3	
	3	2	16,7	10	13,3	12	13,5	
Informou sobre a doença	1	2	16,7	4	5,3	6	6,7	0,037
	2	0	0,0	20	26,7	20	22,5	
	3	10	83,3	51	68,0	63	70,8	
Apoio por parte da família	1	8	66,7	15	20,0	24	27,0	<0,001
	2	1	8,3	0	0,0	1	1,1	
	3	3	25,0	60	80,0	64	71,9	

*Teste exato de Fisher.

4.4.1 Modelo de regressão logística aplicado aos marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose

Nesta fase, aplicou-se a regressão logística ajustada aos seis marcadores que obtiveram associação nos grupos que aderiram e não aderiram ao tratamento, conforme dados da Tabela 39. Destes, apenas três marcadores permaneceram significativos estatisticamente, a saber: Trabalho (condição empregatícia), Drogas e Reação diante do diagnóstico (Tabela 40).

Assim, pode-se inferir que a probabilidade da adesão ao tratamento é maior para os sujeitos que trabalhavam (mesmo que em situação instável, como *bico* ($p=0,0254$) ou tinham trabalho fixo e com/sem registro em carteira ($p=0,0016$); não ser usuário de drogas ($p=0,0282$) e não ter reação indiferente ao diagnóstico. No entanto, este último marcador apresenta-se invertido (negativo), pois se esperava que o grupo que não aderisse ao tratamento apresentasse menor escore (1), entretanto, a resposta maior para esse grupo correspondeu ao escore (2), que significava reação indiferente dos sujeitos diante do diagnóstico, e que também reduz a probabilidade de adesão.

Esse modelo apresentou estatística $C = 92,3\%$ (área sob a curva ROC), isto significa que está ajustado aos dados e que apresenta alto valor de discriminação.

Tabela 40 – Coeficientes estimados do modelo de regressão logística. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

Marcadores	Escore	Coefficiente	Erro Padrão	Teste de Wald	P*
Intercepto		-0,8917	1,3746	-0,65	0,5166
Trabalho	2	3,6491	1,6321	2,24	0,0254
Trabalho	3	3,7867	1,1966	3,16	0,0016
Drogas	2	-0,2981	1,8446	-0,16	0,8716
Drogas	3	2,9779	1,3573	2,19	0,0282
Reação ao diagnóstico	2	-3,203	1,178	-2,72	0,0065
Reação ao diagnóstico	3	-2,5121	1,3339	-1,88	0,0597

Ao tomar como base os três marcadores selecionados pela regressão logística ajustada, na tabela anterior, verifica-se, na Tabela 41, a razão de chance (*Odd Ratio*) estimada para a adesão ao tratamento pelos sujeitos do estudo.

Identificou-se que os sujeitos que apresentaram no marcador - Trabalho (condição empregatícia) escore 2 ou 3 ($p=0,002$), aumentaram até 44 vezes as chances de aderir ao tratamento para a TB. Quanto ao marcador - Uso de drogas, os sujeitos cujas respostas se enquadravam no escore 3, corresponderam a quase 20 vezes as chances de adesão em relação aos sujeitos que obtiveram escore 1.

Em relação ao marcador - Reação dos sujeitos ao diagnóstico, a apresentação do escore 2 ($p=0,028$), que se refere à reação indiferente, reduz a chance de adesão ao tratamento.

Tabela 41 – Razão de chances (RC) estimadas para as variáveis do modelo de regressão logística, segundo os marcadores de adesão ao tratamento. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

Marcadores	Escores	RC estimado (Odd Ratio)	P*
Trabalho	2	38,440	0,025
Trabalho	3	44,111	0,002
Drogas	2	0,742	0,872
Drogas	3	19,647	0,028
Reação ao diagnóstico	2	0,041	0,007
Reação ao diagnóstico	3	0,081	0,060

*Teste de Wald.

4.4.2 Análise descritiva da soma dos escores dos marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose

Nesta etapa utilizou-se o somatório dos escores correspondentes aos 31 marcadores de adesão ao tratamento, com dados dos 89 sujeitos do estudo, que apresentaram média geral de 74,2 ($dp= 5,7$; 59 – 87). Quanto ao grupo que não aderiu ao tratamento obteve média de 71,2 e o grupo que aderiu ao tratamento foi de 74,8.

Na Figura 5, observa-se, no *boxplot*, que as medianas obtidas entre os grupos: aderiu e não aderiu ao tratamento encontram-se próximas, como pode ser verificado na “barra preta” horizontal do gráfico. Isto evidencia que o escore de quem aderiu ao tratamento se apresentou ligeiramente maior daqueles que não aderiram ao tratamento, com valor estatístico significativo ($p=0,0314$).

Figura 5 – *Boxplot* dos escores dos marcadores de adesão ao tratamento por grupo adesão/não adesão. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

4.5 VALIDAÇÃO E CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Para identificar a consistência interna do instrumento composto de 31 marcadores foi aplicado o alpha de Cronbach. Deste procedimento foram retidos 22 marcadores e nove marcadores foram excluídos, pois diminuíam o valor de alfa do instrumento para menor que 0,6.

Com a finalidade de identificar quais dos 22 marcadores têm maior potencialidade para sinalizar a adesão ao tratamento e comporem domínios no instrumento utilizado para identificar adesão ao tratamento, aplicou-se a Análise Fatorial Exploratória. Na Tabela 42, apresenta-se a matriz rotacionada dos 22 marcadores e as cargas fatoriais de cada item pelo método de componentes principais, com rotação Varimax. Esse teste agrupou os 22 marcadores em nove dimensões, representadas por D1 a D9. Excluíram-se as dimensões que eram compostas por um marcador (D7, D8 e D9) e aquelas que apresentavam carga fatorial inferior à 0,40 (D3, D6 e D7), permanecendo retidas no instrumento, portanto, quatro dimensões (D1, D2, D4 e D5). Então, aplicou-se novamente o alfa

de Cronbach novamente, em cada dimensão, excluindo-se a D4 por não atingir alfa $\geq 0,60$. Finalizando em três dimensões (D1, D2 e D5) compostas por sete marcadores.

Tabela 42 – Descrição das dimensões dos resultados da análise fatorial exploratória (após a rotação varimax). São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

Marcadores	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
Vida (Situação de moradia/conviver com familiares)	,769	,158	,134		,158	,187		0,117	,149
Apoio por parte da Família	,747	,208			,148	,107		,128	,252
Drogas	,457		,265		0,161				0,329
Doença Associada		,618	,103	,205	,192		,138		
Informou sobre a doença a alguém		,61		0,106	,119			,114	,228
Trabalho: condição empregatícia	,286	,569		,313	,165				
Fumo	,174	,495	,151	0,187	0,336	,195		,101	
Álcool	,135		,945	0,173		,112			,198
Condição do tratamento		,268	,407	,179		,257			
Impacto da doença na Vida	,135			,683		,268			,215
Impacto da doença no Trabalho				,637					0,119
Apoio na UBS		,186	,104		,767			0,125	
Vínculo/Acolhimento: ser ouvido					,582			,112	
Desejo de desistir do tratamento			,106			,745			
Dificuldade na Evolução da doença	,191	,113		,347		,475			
Tempo gasto para chegar à UBS	,149					0,15	,967		
Escolaridade		,237						,96	
Tempo que é atendido na UBS	,151		,133						,654
Vínculo/Acolhimento: frequência que recorriam aos serviços de saúde em caso de dúvida.		,135	,158				,287		
Continuidade do tratamento na UBS	,393					,379			
Projeto de vida			,353	,161	0,219		,204	0,157	
Conhecer a causa da TB				,226	,143	0,1	0,321	,166	,161

D= dimensão.

A Tabela 43 apresenta a matriz rotacionada das três dimensões e as cargas fatoriais de cada marcador pelo método de componentes principais, com Rotação Varimax.

A primeira dimensão foi composta por dois marcadores, aspectos relacionados à condição de vida, no que se refere à situação de moradia/conviver com familiares e apoio da família. Optou-se por denominar essa dimensão da adesão como Vida e Contexto familiar.

A segunda dimensão incluiu três marcadores, e agregou a dimensão relativa ao processo saúde-doença, que se refere a ter doença associada e informar sobre a TB para alguém, além de ter sido incluída a condição de trabalho, que está diretamente relacionada aos processos de reprodução social. Esta dimensão foi denominada como: Trabalho e processo saúde-doença.

A terceira dimensão resultou em dois marcadores: dificuldade no apoio na UBS e Vínculo/Acolhimento quanto a ser ouvido na UBS. Estes marcadores permitem explorar os aspectos relacionados ao serviço de saúde sobre a opinião dos sujeitos em relação ao acompanhamento na UBS e interação com a equipe de saúde, compondo uma dimensão denominada de Apoio no contexto do serviço de saúde.

Tabela 43 – Marcadores distribuídos nas dimensões e respectivas cargas fatoriais. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

MARCADORES	CARGAS FATORIAIS			DIMENSÃO
	1	2	3	
Apoio por parte da Família	,893	,137	,091	Dimensão1
Vida (situação de moradia/ conviver com familiares)	,889	,090	,106	
Doença Associada	-,020	,870	,109	Dimensão2
Trabalho: condição empregatícia	,426	,676	,019	
Informou sobre a doença para alguém: discriminação e estigma	,092	,664	,144	Dimensão 3
Apoio na UBS	,083	,256	,788	
Vínculo/Acolhimento: ser ouvido na UBS	,096	,005	,875	

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

4.5.1 Análise da confiabilidade e validade do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento

A Tabela 44 apresenta os resultados da análise de consistência interna das dimensões do instrumento. Quanto ao alfa de Cronbach, constatou-se valor de 0,796 para a dimensão (1) – **Vida e Contexto familiar**; alfa de 0,645 para a dimensão (2) – **Trabalho e processo saúde-doença**; e alfa de 0,601 para a dimensão (3) – **Apoio no contexto do serviço de saúde**. O conjunto das dimensões obteve um alfa de Cronbach global de 0,706.

Na análise dos marcadores demonstra-se que todos apresentam correlação maior que 0,30, o que evidencia coerência em relação ao conceito geral que se pretendeu medir.

De fato, a consistência interna da escala, que é medida através do alfa Cronbach, diminuiria substancialmente quando qualquer marcador da dimensão (1) – Vida e Contexto familiar fosse retirada. Isto indica que a sua manutenção melhorou a homogeneidade da escala global.

Embora o marcador – “Informou sobre a doença para alguém” apresentasse ligeira melhora no alfa de Cronbach ao ser retirado e uma correlação item-fator inferior a 0,4, mesmo assim optou-se por mantê-lo no instrumento, uma vez que sua variação era limítrofe.

Tabela 44 – Coeficiente alfa de Cronbach das dimensões do instrumento de marcadores da adesão ao tratamento da tuberculose e correlação item-total. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

Dimensão	Item	Correlação item-fator	Alfa Cronbach ao retirar o item
Dimensão 1 ($\alpha=0,796$)	Vida (situação de moradia/conviver com familiares)	0,671	-
	Apoio por parte da família	0,671	-
Dimensão 2 ($\alpha=0,645$)	Trabalho: condição empregatícia	0,472	0,531
	Doença Associada	0,548	0,408
	Informou sobre a doença para alguém	0,382	0,649
Dimensão 3 ($\alpha=0,601$)	Vínculo/Acolhimento: ser ouvido na UBS	0,443	-
	Apoio na UBS	0,443	-

Complementando-se a análise anterior, observa-se o percentual de variância na Tabela 45. Verifica-se que a dimensão (1) – Vida e contexto familiar, composta por dois marcadores, explica 25,643% da variância total do instrumento. Quanto às três dimensões, compostas pelos sete marcadores, no conjunto, explicam 71,164% da variância total do instrumento.

Tabela 45 – Variância total explicada para as dimensões compostas pelos marcadores do instrumento de adesão ao tratamento da tuberculose. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

Componentes	Autovalor	Variância (%)	Variância acumulativa (%)
Dimensão 1	1,795	25,643	25,643
Dimensão 2	1,747	24,955	50,598
Dimensão 3	1,440	20,566	71,164

Método de extração: Análise de Componentes Principais.

4.5.1.1 Análise descritiva das medidas do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento reduzido.

A somatória dos escores dos sete marcadores, acima apontados, apresentou variação no escore total de 7 a 21 pontos. Em relação ao grupo que não aderiu ao tratamento, obteve média de 15,42 no escore total ($dp=4,2$, IC: 95%; 13-17) e, para todos os sujeitos, incluindo os dois sujeitos considerados *missing*, foi de 18,02 ($dp=3,03$, IC 95%; 17; 19).

Na Figura 6, verifica-se a comparação das medianas obtidas dos sujeitos do estudo, que foram divididos em dois grupos: os que aderiram e os que não aderiram ao tratamento. Identifica-se maior distanciamento entre os grupos: o que aderiu apresentou variabilidade maior dos escores e há evidências de que o escore de quem aderiu ao tratamento apresentou escala maior do que aqueles que não aderiram, com valor estatístico significativo ($p=0,001$).

Figura 6 – *Boxplot* do escore total do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento por grupos de adesão/não adesão. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

4.5.1.2 Ponto de corte da curva ROC para sensibilidade e especificidade do escore do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento.

Na Tabela 46 identifica-se a sensibilidade e a especificidade em cada ponto de corte possível para a classificação da adesão (positiva) dos sujeitos, que podem traduzir a acurácia do teste. O ponto de corte considerado ótimo aponta sensibilidade de 91,7 e especificidade de 64; isto equivale assumir que todos os sujeitos que apresentaram escore total $\leq 18,5$ seriam potencialmente identificados como não-adesão e, acima desse valor, teriam maior potencial de *adesão ao tratamento*. Uma estimativa da acurácia do escore, como variável discriminante de adesão, é dada pela área da curva ROC. Com base no questionário reduzido, a área da curva ROC foi de 79,8%, com IC 95% (69,8%-89,8%).

Tabela 46 – Ponto de corte, sensibilidade e especificidade do instrumento de marcadores da não-adesão ao tratamento da tuberculose. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

CORTE	SENSIBILIDADE (S)	ESPECIFICIDADE (E)
Infinito	0	100
8	8,3	100
10	8,3	98,7
11,5	8,3	96,0
12,5	8,3	94,7
13,5	16,7	94,7
14,5	16,7	90,7
15,5	50,0	84,0
16,5	58,3	74,7
17,5	75,0	69,3
18,5	91,7	64,0
19,5	100	49,3
20,5	100	29,3
Infinito	100	0

*ponto de corte ótimo.

4.6 VALIDAÇÃO DE CRITÉRIO

Na Tabela 47 verifica-se que todos os sete marcadores foram significativos para os grupos ($p < 0,001$). Quanto às dimensões, apenas a dimensão 3 – Apoio no contexto do serviço de saúde – não apresentou valor estatístico significativo. Ao comparar a média dos escores para o total dos marcadores (7), apresentou-se menor (15,417) para o grupo que não aderiu ao tratamento (IC 95%: 13-17). Em relação às médias das dimensões, apresentaram-se maiores nas dimensões (1) – Vida e contexto familiar e dimensão (2) – Trabalho e processo saúde-doença para o grupo que aderiu ao tratamento da TB. Quanto à dimensão 3 apresentou média ligeiramente maior para o grupo que aderiu (5,813).

Tabela 47 – Escores obtidos nos marcadores selecionados, segundo os grupos de adesão e não-adesão ao tratamento para a tuberculose. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

Variável	Adesão	N°	Min ¹	Max ²	Média	dp ³	IC para média (95%)		P*
							Inf ⁴	Sup ⁵	
Escore total (7 marcadores)	Todos ⁶	89	7	21	18,022	3,026	17	19	
	Não	12	7	19	15,417	3,147	13	17	<0,001
	Sim	75	9	21	18,44	2,834	18	19	
Dimensão 1	Todos	89	2	6	4,955	1,507	4,6	5,3	
	Não	12	2	6	3,5	1,624	2,5	4,5	<0,001
	Sim	75	2	6	5,227	1,331	4,9	5,5	
Dimensão 2	Todos	89	3	9	7,281	1,815	6,9	7,7	0,048
	Não	12	3	9	6,333	1,723	5,2	7,4	
	Sim	75	3	9	7,4	1,808	7	7,8	
Dimensão 3	Todos	89	2	6	5,787	0,73	5,6	5,9	0,445
	Não	12	2	6	5,583	1,165	4,8	6,3	
	Sim	75	2	6	5,813	0,651	5,7	6	

1.Min-mínimo, 2.Max=Máximo, 3. dp=desvio padrão, 4.Inf-inferior, 5.sup=superior, 6.Incluído os dois sujeitos do estudo considerados *missing*.

4.6.1 Comparação dos escores entre os sujeitos do estudo, segundo Supervisão Técnica de Saúde

Ao separar-se os sujeitos segundo as Supervisões Técnicas de Saúde do Butantã (49 sujeitos) e da Sé (38 sujeitos), na Figura 7 verifica-se que os sujeitos da região da Sé apresentaram escore reduzido em comparação aos sujeitos da região do Butantã, com valor estatístico significativo para o escore total do instrumento ($p=0,001$), nas dimensões 1 - Vida e contexto familiar ($p<0,001$) e 3- Apoio no contexto do serviço de saúde ($p=0,051$). Estes marcadores sinalizam as fragilidades dos grupos quanto à vulnerabilidade à não-adesão ao tratamento.

Escore por dimensão e Supervisões Técnicas de Saúde

Figura 7 – *Boxplot* do escore do instrumento de marcadores da adesão ao tratamento, segundo sujeitos pertencentes às Supervisões Técnicas de Saúde do Butantã e Sé. São Paulo-SP, Brasil, 2010-2012

Por fim, em tentativa de síntese, todos os procedimentos desenvolvidos para a validação do instrumento e marcadores apresentam-se no Figura 8. Quatro marcadores na análise univariada se repetiram na validação do instrumento, e o marcador - Trabalho (condição empregatícia) encontra-se incluído nas três análises adotadas no estudo.

Figura 8 –Desenvolvimento, análise e processo de validação do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose, 2010-2012

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Considerando que o presente estudo está embasado na categoria adesão (Bertolozzi 1998, 2005) e na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença (Breilh, 1991, 2006; Laurel, 1982), compreende-se a adesão em um contexto amplo, que ultrapassa o comportamento da pessoa doente. Nesta perspectiva, buscou-se aprofundar as investigações correntes a respeito da temática, a partir da inclusão de aspectos fundamentais que se relacionam à adesão ao tratamento e que se referem às condições sociais, aos aspectos relacionados ao processo saúde-doença e aos serviços de saúde. A finalidade do estudo foi disponibilizar uma ferramenta a ser utilizada no processo de trabalho dos profissionais de saúde na APS, para a abordagem integral da adesão e possibilitar que o cuidado responda às necessidades dos doentes.

Para a consecução deste estudo, realizaram-se processos qualitativos e quantitativos de validação que permitiram progressivos aprimoramentos do instrumento.

Quanto à Validação de Conteúdo, na literatura não há consenso em relação ao valor do IVC. Há autores que indicam variações entre 50% a 80% (Salmond, 1994), a depender do número de juízes. Williams e Webb (1994) consideram o nível de consenso arbitrário, e que deve ser determinado pelos pesquisadores, pois a noção de alto nível de consenso pode ser flexível. Neste estudo, considerou-se como aceitável o IVC maior que 60,0%, que representou a maioria dos aportes dos Especialistas, para validar o conteúdo do instrumento original.

A interação entre os Especialistas e os pesquisadores na etapa de Validação de Conteúdo, permitiu a discussão e clarificação de pontos controversos, como tem recomendado alguns autores (Grant, Davis, 1997; Berk, 1990). Ressalta-se que a opinião dos Especialistas foi pertinente para o aprimoramento do instrumento e para determinar a importância dos marcadores com relação à adesão ao tratamento da TB.

A identificação de quais destes marcadores podem ter maior potencial para identificar a vulnerabilidade à não adesão foi determinada pelos testes estatísticos, realizados a partir dos dados obtidos da aplicação do instrumento.

Primeiramente, é necessário apontar que o perfil dos sujeitos do estudo evidenciou situações de vulnerabilidade social, a exemplo da: escolaridade, desemprego, situação de moradia, dentre outros. Esses dados são coerentes com outros estudos que apontam a relação entre a doença e as várias dimensões do processo saúde-doença e as possibilidades de enfrentamento dos problemas sociais e econômicos durante o tratamento (Paz, Sá, 2009; Oblitas et al., 2010). Destaca-se, ainda, o fato da doença incidir em áreas mais pobres que já se encontram fragilizadas socioeconomicamente (Santos et al., 2007). Isto requer intervenções apropriadas por parte dos profissionais de saúde, gestores e de intervenções de ordem progressivamente estrutural, por meio de políticas públicas, que alterem os cenários de ocupação dos espaços sóciogeográficos os doentes e os condicionantes e determinantes sociais que interferem na adesão ao tratamento da TB, ao mesmo tempo em que resultam na propagação da doença.

Quanto ao objetivo relacionado ao comportamento dos marcadores de adesão do instrumento proposto, nas duas etapas da coleta de dados, identificou-se modificação para 26 marcadores (81,3%), desses, oito marcadores apresentaram valores estatísticos significativos, a saber: conhecer a causa da TB; impacto da doença na vida e no trabalho; modalidade do tratamento; dificuldade no tratamento em relação à medicação; opinião sobre a evolução da doença durante o tratamento; apoio familiar e ter recebido visita domiciliária durante o tratamento. As mudanças no estado de saúde e as variações dos sintomas da TB eram esperadas, devido à utilização da medicação. De fato, confirmou-se o aumento do escore total para maioria dos sujeitos com TB que se submeteram à segunda etapa da coleta de dados.

Ao considerar os marcadores que apresentaram valores estatísticos significativos, dois se destacaram: inicialmente, o marcador – Modalidade do tratamento, que resultou mudança para menor escore, pois houve substituição do TDO para o tratamento auto-administrado. Essa conduta ocorreu, principalmente com os sujeitos que retornavam às atividades laborais e, conseqüentemente, necessitaram diminuir a frequência de retorno às UBS. Estes passaram a assumir a co-responsabilidade na modalidade do tratamento, em correspondência à flexibilização do serviço em disponibilizar a medicação.

No entanto, para os doentes em situação de rua/albergue, sobressaíram os que permaneceram em TDO, com flexibilidade apenas para os horários de

administração da medicação, que ocorria a qualquer momento do funcionamento das UBS. Em relação à flexibilidade da rotina do tratamento da TB, é recomendação do PNCT (Brasil, 2011a), que deve ser revista continuamente pelo profissional de saúde, considerando acordos com o doente, na busca de potencializar a adesão ao tratamento.

Outro marcador que apresentou significância estatística foi referente à Concepção sobre a Causa da TB. Destaca-se o fato de que houve sujeitos que, no segundo momento da coleta de dados, permaneciam desconhecendo a causa da doença. Portanto, coloca-se em relevo a necessidade de aprofundar as práticas interativas com os doentes, tanto no âmbito individual, como nas atividades grupais, no cotidiano das UBS, que pode contribuir para superar as fragilidades existentes, como identificadas no presente estudo. Isso permite reafirmar a importância do modo como as pessoas interpretam o processo saúde-doença, que repercute diretamente no enfrentamento da doença, no auto-cuidado e no processo de adesão ao tratamento, como identificado em outros estudos (Munro A et al, 2007; Terra, Bertolozzi, 2008).

No que se refere ao instrumento, utilizando-se os recursos estatísticos, a análise univariada destacou, isoladamente, a relação entre cada variável explicativa (marcadores) e a variável resposta (adesão e não adesão) (Paes, 2010). Assim, entre os 32 marcadores, foram identificados seis marcadores estatisticamente significativos, destes, três foram selecionados, a partir da regressão logística, por apresentar maior potencial para predizer a adesão: “Trabalho: condição empregatícia”, “Uso de drogas” e “Reação indiferente ao diagnóstico”. Estes são considerados “fatores preditores independentes” na adesão ao tratamento. Isto significa que o efeito desses marcadores sempre existe independente das demais variáveis, mas pode aumentar a razão de chances (Odd Ratio), caso combinados.

Ainda na tentativa de aprimorar o instrumento, considerando-se a complexidade da adesão e a necessidade de identificar um conjunto de marcadores, que possibilitasse captar de forma mais abrangente aspectos que tornam vulneráveis os doentes à não adesão ao tratamento, realizou-se o método psicométrico, para avaliar a Validade e Confiabilidade do instrumento (Pasquali, 2009; Hair et al., 2009). Esta etapa teve como objetivo identificar quais marcadores guardavam semelhança entre si e formam dimensões teóricas de avaliação da adesão ao tratamento.

Seguindo esse procedimento metodológico, os marcadores extraídos do instrumento obtiveram correlação ítem-fator igual ou superior a 0,4. Isto aponta que estão adequadamente inter-relacionados para medir a adesão ao tratamento da TB. Desta análise obteve-se um instrumento com sete marcadores, agrupados em três dimensões: Vida e contexto familiar (composto por dois marcadores), Trabalho e processo saúde-doença (composto por três marcadores), Apoio no contexto do serviço de saúde (composto por dois marcadores). O instrumento apresentou $\alpha=0,706$, que indicou boa consistência interna dos marcadores para medir o fenômeno considerado: a adesão ao tratamento. Segundo a literatura, o mínimo valor de alfa aceitável deve ser de $\alpha > 0,5$ e considera-se excelente valor quando apresenta-se como: $\alpha \geq 0,9$ (Cortina, 1993; Hair et al., 2009). Verificou-se que a versão final do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento da TB, composto das três dimensões, explica 71,16% da variância total.

Ressalta-se que as dimensões do instrumento validado contêm marcadores que incluem elementos considerados no conceito de adesão proposto por Bertolozzi (2005), que aponta as intermediações dos processos relacionados à vida, ao trabalho do doente com TB e à organização dos serviços de saúde na adesão ao tratamento. Nesta perspectiva, as dimensões do instrumento apresentam-se relevantes para os profissionais de saúde no cuidado a ser dispensado aos doentes e familiares, como possibilidade de apreender os motivos que podem interferir na adesão ao tratamento, para além da abordagem restrita ao comportamento do doente ou às abordagens de cunho estritamente quantitativo, por exemplo, a contagem do número de comprimidos consumidos durante o tratamento.

Quanto à validade de critério, foi estabelecida pelo cálculo de sensibilidade (91,7%) e especificidade (64,0%) do instrumento, representados pela área da curva ROC (79,8%), que apontou valores preditivos (positivo e negativo) para adesão ao tratamento. Os valores de sensibilidade e especificidade relacionam-se inversamente, assim, a escolha por maior sensibilidade depende da função do instrumento, enquanto a escolha do ponto de corte pode ser selecionada pelo pesquisador, a partir dos valores possíveis para a variável de decisão (Martinez, Louzada-Neto, Pereira, 2003; Margotto, 2010).

Nesse sentido, com o objetivo de detectar precocemente a não adesão, foi aceito o ponto de corte ótimo correspondente ao escore total $\leq 18,5$, que confere

maior valor de sensibilidade e especificidade. A escolha por maior sensibilidade do teste representou a capacidade do valor do escore em detectar os doentes propensos à não adesão. Portanto, o desenvolvimento do presente estudo permite propor uma medida sensível para garantir uma cobertura maior dos sujeitos com TB vulneráveis à não adesão, tornando o instrumento passível de utilização pelos profissionais de saúde da APS.

Uma vez validado o instrumento, e aplicado à mesma população do estudo, verificou-se diferenças, entre o grupo daqueles que aderiram e não aderiram ao tratamento, principalmente, nas dimensões: Vida e contexto familiar, Trabalho e processo saúde doença, e entre os sujeitos pertencentes às Supervisões Técnicas de Saúde (Butantã e Sé). Ressalta-se que cada dimensão aponta ações e processos de trabalho que devem ser executados pelos profissionais de saúde para a promoção da adesão ao tratamento, na atenção das necessidades individuais e coletivas e no enfrentamento das desigualdades, uma vez que o processo de adesão ao tratamento é complexo e dinâmico e intimamente articulado aos processos que integram a vida das pessoas no cotidiano e requer a superação dos desafios impostos pelas desigualdades (Bertolozzi, 2005, 1998).

Identificar novas formas de medir a adesão é um dos desafios para pesquisadores e profissionais de saúde, que buscam monitorar e promover a adesão ao tratamento (Polejack, Seidl, 2010). Ressalta-se que, para contornar algumas destas dificuldades, o instrumento deve permitir rastrear a adesão, e identificar os contextos que a limitam, condição importante para dar visibilidade ao problema, com expectativa de atingir-se a cura e o controle da enfermidade.

Conforme apontado na introdução, os instrumentos existentes para medir a adesão limitam-se à tomada da medicação, com abordagem reducionista do processo saúde-doença. Cowley, Mitcheson e Houston (2004) destacam a importância de elaborar instrumentos pautados em bases conceituais que possibilitem a compreensão dos determinantes contextuais como estratégias para atender as necessidades de saúde.

O marco referencial que embasou a construção do instrumento proposto, no presente estudo, permitiu incluir aspectos referentes à situação de moradia, apoio por parte da família, condição empregatícia, doenças associadas, vínculo com o profissional de saúde e apoio na UBS. Reconhece-se que o ato de tomar a medicação

é influenciado por esses aspectos, uma vez que, segundo Barata (2005, p.15), “(...) os aspectos da vida social não podem ser dissociados, sob pena de perderem sua significação, e de não fazerem sentido quando isolados do contexto da sua produção”. Assim, ressalta-se a importância do desenvolvimento de tecnologias que auxiliem a análise do processo saúde-doença nos contextos familiares, sócio-cultural e político-econômico dos doentes (Ho, 2004; Mishra et al., 2005; Gonzales et al., 2008; Souza et al., 2010).

Para a consecução de tal abordagem e apoiar a prática em Saúde Coletiva é necessário repensar a perspectiva da multifatorialidade, pois oculta os determinantes do processo saúde-doença (Egry, Fonseca, 2000; Munõz Sánchez, Bertolozzi, 2007). Trata-se, pois de desafio posto pela Saúde Coletiva, que tem buscado propiciar tecnologias, dispositivos e instrumentos a serem utilizados na construção de práticas qualificadas para responder às necessidades dos grupos sociais (Bertolozzi et al., 2009) e conseguir avanços no desenvolvimento de alternativas de promoção e de intervenção na adesão ao tratamento da TB.

Nesse sentido, o instrumento validado no presente estudo possibilita aos profissionais de saúde identificar potenciais de vulnerabilidade dos indivíduos quanto à adesão ao tratamento, considerando-se as três dimensões: Vida e Contexto familiar, Trabalho e processo saúde- doença e Apoio no contexto do serviço de saúde.

A primeira dimensão – “*Vida e contexto familiar*” incluiu dois marcadores: Vida (situação de moradia e convivência com familiares) e Apoio por parte da família. Os sujeitos que participaram do estudo e que abandonaram o tratamento, em sua maioria, moravam em situação de rua, ou em albergues, ou não compartilhavam sua moradia com outras pessoas ou não contavam com apoio familiar. Com relação aos doentes que aderiram ao tratamento e que tiveram alta por “cura” ou ainda continuavam o tratamento, por ocasião da finalização da coleta, em sua maioria conviviam com a família, relataram apoio afetivo para o enfrentamento da doença e alguns compareciam ao TDO em companhia de familiares. Estudos têm apontado que a união e o apoio familiar fortalecem a adesão dos doentes ao tratamento, pois os fazem sentir-se acolhidos e os encorajam a continuar o tratamento, visando à cura (Vendramini et al., 2002; Paixão, Gontijo, 2007; Queiroz, Bertolozzi, 2010).

A família, reconhecida como o primeiro foco nas ações de saúde na APS, necessita integrar o processo de adesão ao tratamento da TB. Na literatura, estudos têm considerado a “*dimensão enfoque na família*” como possibilidade de abordar o indivíduo em seu cotidiano familiar, com vista a identificar suas necessidades (Starfield, 2002; Villa, Ruffino-Netto, 2009; Nogueira et al., 2011).

No PNCT há diretrizes a serem executadas na APS, que visam à participação da comunidade no controle da TB e o envolvimento da família no cuidado aos doentes. No entanto, em geral, o que se verifica é que as ações tem se limitado à tomada da medicação, com ações preventivas que pouco valorizam o enfoque na família/comunidade (Oliveira et al., 2009, Oliveira et al., 2011). Reverter tal abordagem requer dos profissionais de saúde saberes e fazeres, para além da assistência tradicional que, em geral, exige mudança comportamental por parte do doente com TB. O que se busca são esforços que se traduzam na produção do cuidado em saúde, que envolve a relação de responsabilidades e compromissos de todos: profissionais e as pessoas sob o cuidado. A aproximação da equipe de saúde ao contexto de vida das pessoas com TB e o enfoque na família/comunidade deve extrapolar a dimensão biológica do processo saúde-doença e a concepção da adesão limitada à medicação, colocando em relevo a necessidade de apoio afetivo, financeiro e emocional junto aos doentes durante o tratamento (Terra, Bertolozzi, 2008; Hino et al., 2012).

Nesse sentido, a ação de promoção da adesão ao tratamento deve ser produto interdisciplinar, o que exige mudanças na responsabilidade social dos profissionais de saúde em seus processos de trabalho.

Em relação à segunda dimensão – “***Trabalho e processo saúde-doença***”, constituiu-se por três marcadores: *Trabalho*, *Doença associada* e *Não informar que está com a doença para outras pessoas*.

Quanto ao marcador *Trabalho*, a maioria dos sujeitos que participaram do estudo e aderiram ao tratamento da TB, exerciam alguma atividade laboral. Os doentes que abandonaram o tratamento eram, principalmente: homens, estavam desempregados e não dispunham de recursos financeiros para atender às suas necessidades básicas. Com isto, pode-se identificar elementos que podem incrementar processos de desgaste que os sujeitos já enfrentavam, com implicações na continuidade do tratamento, o que ilustra o caráter social do processo saúde-

doença como evidenciado em outros estudos (Gonçalves et al., 1999; Munro A et al., 2007; Sanchez, Bertolozzi, 2009, Queiroz, Nogueira, 2010).

A complexidade da adesão ao tratamento está, de fato, relacionada ao trabalho, como legitimidade social e econômica, e este está intimamente articulado ao processo saúde-doença. Veja-se que a condição de provedor de família pode favorecer a não-adesão ao tratamento, pois essa responsabilidade pode sobrepor-se à busca da cura como tem sido descrito na literatura (Gonçalves et al., 1999; Queiroz, Nogueira, 2010; Hino et al., 2012).

No início de 2012, no Brasil, 23,8% dos doentes com TB encontravam-se na linha da pobreza, e 14,8% recebiam o benefício do Governo, denominado Bolsa Família (Boletim Epidemiológico, 2012), que pode ser um recurso tampão a ser utilizado, enquanto outras iniciativas que revertam os processos de exclusão social sejam concretizadas e resultem na eliminação das iniquidades.

É reconhecido o impacto do desemprego na adesão ao tratamento dos doentes com TB (Souza et al., 2010) e os aspectos decorrentes implicados (acesso à alimentação, habitação e outros) (Bowkalowski, Bertolozzi, 2010; Queiroz, Bertolozzi, 2010). São situações que demarcam o contexto social do sujeito com TB e que podem contribuir para a vulnerabilidade a não adesão ao tratamento, também, apontam para necessidades de respostas nas práticas de saúde instituídas que transcendam os aspectos clínicos, além de ações governamentais para transformar tal cenário (Rodrigues, Monteiro, Pacheco, Silva, 2010; Queiroz, Bertolozzi, 2010; Oblitas et al, 2010; Oliveira, Antunes, 2012).

O segundo marcador, agrupado nesta dimensão, foi referente à *Doença Associada*. Os sujeitos que participaram do estudo e que relataram ter outras doenças durante o tratamento da TB, como hepatite, HIV, HAS e diabetes ou apresentaram história de abandono para outros tratamentos crônicos e infecciosos, representaram um terço das pessoas que abandonaram o tratamento. Neste sentido, a presença de co-morbidade é preocupação adicional para a adesão ao tratamento da TB, pois o doente pode necessitar de apoio para superar as adversidades decorrentes do maior número de drogas, efeitos colaterais e gravidade dos sinais e sintomas (Chirinos, Meirelles, 2010; Orr, 2011a).

A literatura mostra que, atualmente, a coinfeção TB-HIV é a mais presente dentre as co-morbidades (Silveira, Adorno, Fontana, 2007; Hino et al.,

2011), embora tenha diminuído nos anos 1990, com a introdução da terapia antirretroviral altamente ativa (Barreto et al., 2011). A identificação de outras doenças e interações medicamentosas deve ser foco na abordagem dos doentes com TB e na promoção da adesão ao tratamento, a serem identificadas e discutidas na rotina do TDO, proporcionando motivação para a continuidade da terapêutica.

O terceiro marcador, incluído nesta dimensão, foi o referente à *Informar que está com a doença para outras pessoas*, considerado consistente para medir a adesão ao tratamento. Ora, este marcador relaciona-se a um potencial medo de discriminação e estigma, que podem ser experimentados pelos sujeitos com TB. Isso limita a possibilidade de informar aos familiares, amigos e colegas/chefes no trabalho, e até causar situações de isolamento. Dentre os sujeitos que participaram do estudo e que abandonaram o tratamento, o medo de se sentir discriminado foi diminuído, sobretudo, após o primeiro mês de tratamento. Dentre os sujeitos que continuaram o tratamento, identificou-se, em maior proporção, a compartilha do diagnóstico com familiares, seguidos por colegas de trabalho.

O fato de não informar a outros a respeito da enfermidade pode resultar de auto-discriminação e de discriminação por outras pessoas, evidenciando estereótipos que podem resultar em tratamento injusto (Baral, Karki, Newell, 2007). Isto gera impacto emocional e deve se constituir como condição importante para a formulação de estratégias que incluam o acolhimento e a inclusão dos doentes, a necessidade de diálogo, e de trabalhar essa representação (sentimento de medo de informar a outros sobre a enfermidade) por ocasião dos encontros nos serviços de saúde (Bertolozzi, 2005; Gebremariam, Bjune, Frich, 2010; Clementino et al., 2011).

Quanto à terceira dimensão “*Apoio no contexto do serviço de saúde*”, incluíram-se os marcadores *Vínculo/acolhimento e Apoio na UBS*. O primeiro marcador diz respeito à comunicação entre o profissional de saúde e o doente, em termos de proporcionar espaço de acolhimento e escuta para possibilitar aproximação e estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde, doente, família e comunidade. O vínculo faz possível apreender as necessidades do doente, que não se limitam à tomada da medicação e o doente pode sentir-se acolhido e com espaço para compartilhar medos e dúvidas (Bertolozzi, 1998; Starfield, 2002; Brunello et al., 2009).

O grupo que não aderiu ao tratamento apresentou aspectos que limitavam a relação com os profissionais de saúde, declarando que estes não consideravam seus problemas, os quais não eram objeto de escuta no atendimento, o que pode configurar frágil envolvimento do serviço de saúde com referência aos doentes, com repercussões na resolubilidade de suas necessidades em saúde. Ressalta-se que nem todos os doentes eram acompanhados pela ESF, sendo esta importante para o fortalecimento do vínculo entre o profissional de saúde e o doente, o que, conforme amplamente defendido neste estudo, favorece a adesão ao tratamento (Sá et al., 2007, Sá et al., 2011), por meio da longitudinalidade do cuidado. A ESF possibilita reafirmar a co-responsabilização do tratamento, e esta é conquistada nas atitudes cotidianas do profissional de saúde no cuidado dispensado ao doente (Muniz, Villa, Pedersolli, 1999; Queiroz, Bertolozzi, 2010).

Nesse sentido, o vínculo torna-se determinante no processo terapêutico, orienta um novo tipo de cuidado, beneficia a adesão ao tratamento, ao valer-se da comunicação, confiança e da motivação, na medida em que abre-se espaço para compartilhar medos, dúvidas e expor as necessidades. Consolida-se, assim, a premência do cuidado fundamentado na integralidade: as práticas devem realizar-se em função das singularidades dos sujeitos e de suas condições de vida (Merhy, 2006; Bertolozzi, 1998, 2005; Starfield, 2002; Gomes, Pinheiro, 2005; Arcênio et al., 2008; Brunello et al., 2009; Gomes, Sá, 2009; Sá et al., 2011; Ponce et al., 2011; Ferreira, Engstron, Alves, 2012). Significa responder, com atos concretos, às necessidades dos doentes, que se encontram fragilizados pelo impacto da doença no cotidiano.

Consequentemente, esta abordagem que torna o doente um participante ativo no processo de tratamento requer novas iniciativas no agir em saúde, requerendo de processos de trabalho criativos para apoiar o doente no seguimento do tratamento, cujas intervenções devem ser executadas nos planos singular, particular e estrutural.

A ênfase no singular vai em direção contrária à atenção que condiciona os doentes a assumir a total responsabilidade pela tomada da medicação (Paz, Sá, 2009). Nessa linha de raciocínio, os doentes não raro são “denunciados” por não aderirem ao tratamento, pois não seguem as prescrições e orientações terapêuticas. Ora, isto configura reflexos de ofertas fragmentadas do cuidado. Romper com tal prática requer que o profissional de saúde busque, em cada encontro com o doente,

fornecer acolhimento em alteridade, ou seja, produção de processos relacionais como consideram Ceccim, Merhy (2009). Esses autores também diferenciam o campo singular da produção de saúde, que envolve a capacidade de acolhimento do outro, produção nascida para cada agente em relação (Ceccim, Merhy, 2009). Nesse sentido, os acordos estabelecidos entre profissionais de saúde e doentes não devem ser restritos à assinatura de formulários, mas devem versar sobre as condições de tratamento possíveis para os doentes. Isto requer esforços na elaboração de ações que incluam aspectos determinantes da adesão ao tratamento e a diminuição das vulnerabilidades. O intuito de tais iniciativas é estabelecer parcerias entre o doente e o cuidador, o que é relevante para a promoção da adesão, conforme enfatizado pela International Standards for Tuberculosis Care (Hopewell et al; 2006) e "Patients' Charter for the Tuberculosis Care" (Stop TB, 2006).

A estrutura dos serviços e a necessidade de disponibilizar equipe multidisciplinar influenciam o cuidado do doente e o controle da TB, como identificado em outros estudos (Gonzales et al., 2008; Souza et al; 2009). É importante enfatizar que as ações da equipe no TDO não devem ser percebidas como uma estratégia para "vigiar e punir", ou nesse caso, "vigiar e medicar", e sim, constituir-se em espaço de interação, co-responsabilidade e de respostas às necessidades com intervenções apropriadas. As ações pautadas nessa percepção podem confirmar a tendência do aumento da adesão ao tratamento dos doentes acompanhados pelo TDO, quando comparado com o tratamento auto-administrado, como observado em diversos estudos (Sánchez, 2007; Vieira, Ribeiro, 2008; Queiroz, Bertolozzi, 2010; Freita Filho et al., 2011).

Quanto ao *Apoio por parte dos profissionais de saúde*, a maioria dos sujeitos do estudo afirmou recebê-lo, destacando sua relevância para o êxito na adesão ao tratamento. O apoio dos profissionais de saúde aos sujeitos com TB deve ser construído a partir de suas necessidades, incluindo respeito e ações integradas que transcendam os problemas de ordem biológica (Bertolozzi, 2005; Moroe et al.; 2008; Queiroz, Bertolozzi, 2010).

Também em relação a esse marcador, os sujeitos do estudo relataram o recebimento de incentivos/benefícios sociais, mas apontaram que houve descontinuidade ou que para recebê-los necessitavam cumprir certos requisitos: estar

em TDO e não ter faltas no tratamento, embora os motivos destas extrapolassem o controle individual, na medida em que se referiam ao uso de droga, álcool e exclusão social. O apoio, por parte dos profissionais de saúde, influencia a adesão ao tratamento, como é sobejamente conhecido, mas a relação estabelecida pode ser rompida em decorrência da irregularidade na distribuição dos incentivos, os quais podem ser fundamentais para os doentes em precária situação de vida, como identificado em estudo realizado no município de São Paulo (Terra, Bertolozzi, 2008; Queiroz, Bertolozzi, 2010).

A inclusão de incentivos múltiplos também tem demonstrado impacto positivo na adesão ao tratamento dos pacientes com tuberculose, em vulnerabilidade social, em outros países (Famer, 2005; Jakubowiak et al., 2007; Sutherland, Leatherman, Christianson, 2008; Gärden et al., 2012). No entanto, é necessário modificar a realidade de vida de pessoas que se encontram em situação de rua, ou aquelas que apresentam outros tipos de exclusão social, que não contam com suporte familiar, que carecem de apoio por parte de redes sociais, o que implica na adesão ao tratamento. Tais condições têm sido tema de interesse, em debates e estudos no âmbito nacional (Costa, 2005; Aristides, Lima, 2009; Carneiro Junior, Jesus, Crevelim, 2010; Brasil, 2011b) e internacional (Brudney, Dobkin 1999; Moss et al., 2000; Burki, 2010), que indicam a necessidade de equidade de acesso às ações de saúde e necessidade de incorporação de novas estratégias de cuidados aos grupos que apresentam vulnerabilidades.

Outras questões importantes são apontadas pela literatura e que podem influenciar na adesão ao tratamento, como a presença de conflitos, enfermidades e perdas entre os familiares (Mendes, Fensterseifer, 2004; Gonzales et al., 2008; Munro A et al., 2007; Mateus-Solarte, Carvajal-Barona, 2008; Terra, Bertolozzi, 2008). No presente estudo identificou-se que os doentes com maior vulnerabilidade e acompanhados, em algumas Supervisões Técnicas de Saúde, eram assistidos por equipes específicas para realizar a medicação assistida.

De fato, o apoio dos profissionais de saúde a esses grupos com vulnerabilidade e o entendimento sobre o território onde se desenvolve suas vidas é ação necessária no âmbito da APS, principalmente no caso das pessoas em situação de rua (Bertolozzi, 2005). Essa prática dá visibilidade à postura ética/política dos profissionais de saúde, e expressa o compromisso social e epidemiológico frente às

necessidades dos doentes. Isto requer integrar as dimensões educativas, técnicas e políticas (Oblitas et al.; 2010; Sá et al.; 2011), que concorrem para abordar os obstáculos estruturais à adesão ao tratamento.

Nesta perspectiva, requer-se de investimento na APS e compromisso social, de modo a modificar a situação de vida das populações vulneráveis à TB e apoiar a promoção da adesão ao tratamento, por meio de políticas redistributivas e intersetoriais.

Os marcadores constantes no instrumento apontam as “barreiras” para a adesão e para possíveis intervenções que podem superá-las. Segundo Orr (2011a), a adesão constitui “um comportamento de tarefa específica, e não um traço de personalidade (...) influenciada pela ação articulada a elementos pessoais e sociais, que devem ser entendidos dentro da experiência histórica da TB e do significado cultural da saúde e da doença” (Orr, 2011b; p.138.).

Nesta perspectiva, o instrumento de Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose convida à revisão da abordagem dessa questão complexa, e orienta para a proposição de mudanças nas práticas de saúde, e no seguimento do tratamento, trazendo um aspecto inovador, ao integrar as dimensões: Vida e contexto familiar; Trabalho e processo saúde-doença e Apoio no contexto do serviço de saúde, com repercussão direta no processo terapêutico dos doentes.

Esta abordagem proporciona recortes analíticos importantes para compreender o processo de adesão ao tratamento, muitas vezes restrito a um ato solitário, comportamental ou de culpabilização do doente ou do profissional de saúde.

Ao se compreender a adesão desse modo, admite-se o cruzamento dos processos individuais que resultam das forças econômicas, políticas históricas e culturais que operam acima das circunstâncias e vontades individuais e essas condições e possibilidades fundem-se em um todo social. No entanto, não pode ser desconsiderado que o livre arbítrio do indivíduo e a determinação coletiva geram e recriam condições particulares que, “por sua vez reproduz as condições para o devir dos fenômenos de ordem microsocial”. Nesse sentido, “os processos de produção individual cotidiana e os processos biológicos atuam e se transformam no seio desse movimento sendo condição decisiva de comportamento” (Breilh, 1991 p. 203; Breilh, 2006, p.45).

Quanto ao instrumento proposto neste estudo, requer ser aplicado em outros contextos e cenários, dado que a particularidade de sua operacionalização em uma parcela da região da cidade de São Paulo pode suscitar tendências que devem ser analisadas com o cuidado necessário. Sem a pretensão de esgotar o tema, este estudo buscou contribuir para o monitoramento da adesão ao tratamento, a partir da apresentação de uma tecnologia leve.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A Tuberculose persiste como importante problema de Saúde Coletiva e a adesão ao tratamento constitui uma das principais questões relacionadas ao seu controle. Assim, este estudo teve como objetivo geral, propor um instrumento com marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose, operacionalizável em unidades de Atenção Primária à Saúde. Para tanto, capturou dados de pacientes com tuberculose, que foram entrevistados em dois momentos: por volta dos primeiros 30 dias de tratamento e em torno de seus 90 a 140 dias. Suas respostas correspondiam a escores relacionados aos marcadores, buscando evidenciar potenciais de adesão ao tratamento.

Considera-se que os objetivos propostos foram cumpridos e merecem destaque os achados a seguir:

O perfil das pessoas acompanhadas durante a coleta de dados evidenciou elementos importantes da determinação social, que repercutem na vulnerabilidade à não adesão. Estes podem ser identificados nas diferenças significativas entre os grupos de sujeitos que aderiram e não-aderiram ao tratamento da TB e que não diferem dos que são apontados na literatura. Em geral, a não adesão esteve relacionada às pessoas pertencentes ao sexo masculino, com faixa etária economicamente produtiva, que exerciam trabalho sem vínculo empregatício ou estavam desempregados; viviam em situação de rua, apresentavam doença associada e tomavam outras medicações; eram usuários de drogas; desconheciam a causa da doença; apresentaram reação indiferente ao diagnóstico; no primeiro momento da coleta de dados não conseguiram informar sobre a doença para outras pessoas; tiveram faltas no seguimento do tratamento e não contavam com o apoio de familiares para o enfrentamento da doença.

Entre o primeiro e o segundo momentos da coleta de dados constatou-se aumento no escore total. Também, identificaram-se fragilidades no acompanhamento dos doentes, no que se refere aos marcadores que apresentaram menor escore: a exemplo do marcador Modalidade do Tratamento. Por outro lado, mesmo apresentando maior escore, como ocorreu com o marcador Desconhecer a Causa da TB, ainda, identificou-se que um importante contingente referiu desconhecer-la. Isto evidencia que os gestores e os profissionais de saúde devem concentrar esforços para

superar esta importante lacuna nos serviços de saúde, com incentivo à participação social e à adesão ao tratamento, com repercussões sobre o controle da doença.

A confiabilidade do instrumento de marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose (IMAT- TB) apresentou valores de alfa de Cronbach satisfatório em todas as dimensões, que foram: Vida e contexto familiar; Trabalho e processo saúde-doença e Apoio no contexto do serviço de saúde. Suas propriedades psicométricas se mostraram adequadas quanto à confiabilidade e validade na abordagem e mensuração da adesão ao tratamento. O instrumento expressa a adesão além do âmbito biológico e comportamental do doente, e apresenta marcadores que tem capacidade de capturar vulnerabilidades no processo de adesão ao tratamento.

A aplicação do instrumento, entre sujeitos pertencentes a duas Supervisões Técnicas de Saúde, evidenciou diferenças nos resultados dos escores em todo o instrumento e para duas dimensões: Vida e contexto familiar e Apoio no contexto do serviço de saúde. Essa importante constatação evidenciou a heterogeneidade entre os sujeitos das duas Regiões de Saúde, pois realmente apresentavam situação de vida distintas, quanto a maior vulnerabilidade social.

O estudo aponta para a necessidade de interação com o doente com TB, sua família e comunidade, e de outras estratégias para mudar a dura realidade de quem vivencia a doença e suas condições de vida, que não podem ser mais negadas e invisíveis. Trata-se de repensar a forma de agir em saúde, o que requer alteridade, cuidado, e constante criatividade para minimizar, senão eliminar o problema social da TB, atendendo às necessidades dos doentes.

Em que pese às particularidades e especificidades do local e sujeitos para os quais foi aplicado o presente instrumento e que requerem o devido cuidado na extrapolação dos achados, o Instrumento de Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose, pautado na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença e no conceito amplo de adesão, é inédito, ao reorientar o modo de considerar o processo de adesão ao tratamento, utilizando-se de marcadores que podem apoiar a abordagem sobre a adesão, identificando limites e potencialidades para a atenção aos pacientes em tratamento. Tais marcadores ajudam a direcionar as ações no nível singular (indivíduo), programático (serviço de saúde – gestores/profissionais de saúde) e estrutural (políticas públicas de saúde) na APS.

Considera-se que adesão é um processo de inter-relação entre o profissional-doente, inspirado na lógica da aproximação da realidade do outro, que se remete ao contexto da vida, do trabalho e do serviço de saúde e, principalmente, na humanização dos encontros com alteridade, concretizados pelo apoio recebido para a realização do projeto de tratamento com ênfase no individual/coletivo. Nesse sentido, a utilização deste instrumento requer de encontros com o doente, que promovam a interação e proporcionem momentos de escuta. Este instrumento propõe um cuidar humanizado e direcionado para atender às necessidades de saúde, concebendo-se que estas transcendem as necessidades biológicas, mas estão articuladas à vida em sociedade.

A magnitude da TB e os resultados que se apresentaram no estudo, concretizam a possibilidade de utilizar um instrumento com marcadores precisos e objetivos. O instrumento constitui-se como tecnologia leve, que apreende o sujeito no contexto social, o que é relevante para o desenvolvimento de ações preventivas e como estratégia de rastreamento nos serviços de saúde. Portanto, é uma tecnologia potente para a vigilância à saúde e para o cuidado às pessoas com TB. Sugere-se que essa “tecnologia leve” seja utilizada em futuras pesquisas e pelos profissionais de saúde que desenvolvem ações de controle da doença no âmbito da APS, e na abordagem sistemática dos doentes que iniciam o tratamento da TB, o que pode ajudar na elaboração de intervenções centradas no doente e que minimizem os obstáculos estruturais à adesão ao tratamento, no que se refere à exclusão e injustiças sociais. Sua utilização exige processos de trabalho baseados na integralidade e na acessibilidade ao cuidado, com maior disponibilidade de rede de apoio.

Nesse sentido, recomenda-se a utilização do instrumento por ser de fácil aplicação, prático, de baixo custo, integrando dimensões que interferem no processo de adesão, e que não se restringe à tomada da medicação. Assim, recomenda-se a incorporação do instrumento ao modelo de assistência, para ser aplicado junto aos doentes, nos primeiros 15 a 30 dias do tratamento, por profissional da APS (APÊNDICE 7). Essa abordagem integral permite a expansão dos esforços para o monitoramento da adesão ao tratamento da TB e o controle da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agresti A. *Categorical Data Analysis*. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 2002.

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.

Almeida SA, Honer MR. Abandono do tratamento da tuberculose em duas unidades de referência de Campo Grande, MS – 2002 e 2003. *Bol Pneumol Sanit*. 2006;14(3):167-71.

Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamento entre idosos. *Comun Ciênc Saúde*. 2007;18(1):57-67.

Antunes JLF, Waldman EA. The impact of AIDS, immigration and housing overcrowding on tuberculosis deaths in São Paulo, Brazil, 1994–1998. *Soci Sci Med*. 2001;52(7):1071-80.

Arcênio RA, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino Neto A, Pinto IC, Villa TCS. City tuberculosis control coordinator's perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *Int J Tuberc Dis*. 2008;12(5):527-31.

Aristides JL, Lima JVC. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. *Espaço Saúde*. 2009;10(2):43-52.

Balbay O, Annakkaya AN, Arbak P, Bilgin C, Erbas M. Which patients are able to adhere to tuberculosis treatment? A study in a rural area in the northwest part of Turkey. *Jpn J Infect Dis*. 2005;58(3):152-8.

Baral SC, Karki DK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2007;7:211.

Barata RB. Epidemiologia social. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):7-17.

Barreira D, Grangeiro A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41Supl 1:4-8.

Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracasso no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Lancet Série Saúde Brasil*. 2011;377(9780):1877-89.

Basilia C. Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose – 2009 [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [citado 2009 nov. 9]. Disponível em: http://www.sopterj.com.br/tuberculose/3_forum_TB.pdf

Berg KM, Arnsten JH. Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;1,43 Suppl 1:S79-S87.

Berk RA. Importance of expert judgment in content-related validity evidence. *West J Nurs Res*. 1990;12(5):659-71.

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

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

Bertolozzi MR, Nichiata LY, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al . Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2009 Dec [citado 2012 mai 26]; 43(spe2):1326-1330. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000600031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000600031&lng=en) &lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>

Boletim epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde 2012;43:1-12.

Boletim TB Cidade de São Paulo [Internet]. 2009 [citado 2010 mar. 3]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_TB2009_1272468156.pdf

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais: pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde. 2ª ed. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Situação epidemiológica [Internet]. Brasília; 2009a [citado 2009 dez. 3]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31115

Brasil. Ministério da Saúde. Brasil recebe 1º lote do novo tratamento para tuberculose [Internet]. Brasília. 2009b. [citado 29 out. 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10602

Brasil. Ministério da Saúde. MS apresenta novo medicamento para tuberculose [Internet]. Brasília; 2009c. [citado 2010 maio 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10470

Brasil. Ministério da Saúde. Dia Mundial da Tuberculose [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2010 maio 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21478

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

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Núcleo de Comunicação. Clipping [Internet]. Brasília; 2011b [citado 2012 abr. 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/clipping_06052011.pdf

Brasil PE, Braga JU. Meta-analysis of factors related to health services that predict treatment default by tuberculosis patients. *Cad Saúde Pública*. 2008;24Supl 4:S485-502.

Breilh J. Epidemiologia, política e saúde. São Paulo: Hucitec; 1991.

Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

Bowkalowski C, Bertolozzi MR. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no Distrito Sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. *Cogitare Enferm.* 2010;15(1):92-9.

Brudney K, Dobkin J. Resurgent tuberculosis in New York City: human immunodeficiency virus, homelessness and the decline of tuberculosis control programs. *Am Rev Respir Dis.* 1991;144(4):745-9.

Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzalez RIC, Villa TCS, et al. Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(2):176-82.

Bumburidi E, Ajeilat S, Dadu A, Aitmagambetova I, Ershova J, Fagan R, et al. Progress toward tuberculosis control and determinants of treatment outcomes--Kazakhstan, 2000-2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2006;55 Supl 1:11-5.

Burki T. Tackling tuberculosis in London's homeless population. *Lancet.* 2010;376(9758):2055-6.

Cáceres FM, Orozco LC. Incidence of and factors for non-compliance to antituberculous treatment. *Biomédica.* 2007;27(4):498-504.

Campos FC, Fleury-Teixeira P. Promoção da saúde na Atenção Básica no Brasil. Belo Horizonte: OPAS/UFGM/FUNDEP; 2005.

Canônico RP, Tanaka ACD, Mazza MMPR, Souza MF, Bernat MC, Junqueira LX, et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(n.esp):799-803.

Carballo M, Nerukart A. Migration, refugees, and health risks. *Emerg Infect Dis.* 2001;7(3 Suppl):556-60.

Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc.* 2010;19(3):709-16.

Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: humanização entre laços e perspectivas. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13 Supl 1:531-42.

Coghlan B, Brennan RJ, Ngoy P, Dofara D, Otto B, Clements M, Stewart T. Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. *Lancet*. 2006;367(9504):7-9.

Chirissos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono no tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):399-406.

Choo PW, Rand CS, Inui TS, Lee ML, Cain E, Cordeiro-Breault M, et al. Validation of patient reports, automated pharmacy records, and pill counts with electronic monitoring of adherence to antihypertensive therapy. *Med Care*. 1999;37(9):846-857.

Clementino FS, Martiniano MSC, Clementino MTSM, Sousa IJC, Marcolino EC, Miranda FAN. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Rev. enferm. UERJ*. 2011;19(4):638-43.

Costa APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Rev Virtual Texto Contexto* [Internet]. 2005 [citado 2010 maio 8];(4). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/993/773>

Cortina JM. What is coefficient Alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol*. 1993;78(1):98-104.

Cowley S, Mitcheson J, Houston A. Structuring health needs assessments the medicalization of health visiting. *Sociol Health Illn*. 2004;26(5):503-26.

Dixon WM, Stradling P, Woolton ID. Outpatient PAS therapy. *Lancet*. 1957;273(7001):871-2.

Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Egry EY, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev Esc. Enfer. USP* 2000;34(3):233-9.

Farah MG, Tverdal A, Steen TW, Heldal E, Brantsaeter AB, Bjune G. Treatment outcome of new culture positive pulmonary tuberculosis in Norway. *BMC Public Health*. 2005;7(5):14.

Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice [abstract]. *Clin Ther*. 1999;21(6):1074-90.

Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI. São Paulo: Nova Fronteira; 2003. p.51.

Ferreira J, Engstrom E, Alves LC. Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro: as razões do im(provável). Cad Saúde Colet. 2012;20(2):211-216.

Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. J Bras Pneumol. 2005;31(5):427-35.

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

Freita Filho JPA, Mattia AL, Santos LO, Piva LT, Silva PS. Análise do tratamento diretamente observado para tuberculose, no município de Cubatão, São Paulo, Brasil. Rev Enferm Centro Oeste Min. 2011;1(2):190-200.

Fundação Faculdade de Medicina. Relatório Social 2000-2004. [internet]. São Paulo; 2004. [citado em 2012 maio 26]. Disponível em: http://extranet.ffm.br/wfcontent/subportals/Downloads/rs_00_a_04.pdf

Fundo Global Tuberculose Brasil. A tuberculose no mundo segundo a OMS [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [citado 10 nov. 2009]. Disponível em: http://www.fundoglobalTB.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id_content=728.

Galesi VMN, Almeida MMMB. Indicadores de morbimortalidade hospitalar de tuberculose no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(1):48-55.

Galesi VMN. Dados de tuberculose do Estado de São Paulo [editorial]. Rev Saúde Pública. 2007;41Supl 1:121.

Gärden B, Samarina A, Stavchanskaya I, Alsterlund R, Ovregaard A, Taganova O, et al. Food incentives improve adherence to tuberculosis drug treatment among homeless patients in Russia. Scand J Caring Sci.[abstract] 2012 Jun 4. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01009.x

Gebremariam MK, Bjune G, Frich J. Barriers and facilitators of adherence to TB treatment in patients on concomitant TB and HIV treatment: a qualitative study. BMC Public Health. 2010;10:651.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(17):287-301.

Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferma USP* 2009;43(2):365-3672.

Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(4):777-87.

Gonzales RIC, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Netto A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(4):628-34.

Gould D, Kelly D, Goldstone L, Gammon J. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data. *J Clin Nurs.* 2001;10(5):697-706.

Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health.* 1997;20(3):269-74.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada dos dados.* 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

Hamilton GA. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2003;2(3):219-28.

Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, Gibson ES, Bernhols CD, Mukherjee J. Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? *Hypertension.* 1980;2(6):757-64.

Haynes RB, Dantes R. Patient compliance and the conduct and interpretation of therapeutic trials. *Control Clin Trials.* 1987;8(1):12-9.

Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervention for enhancing medication adherence. *Cochrane Database System Rev.* 2008;16(2): CD000011.

Hijjar MA, Procópio MJ, Freitas LMR, Guedes R, Bethlem EP. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão (RJ).* 2005;14(4):310-4.

Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. *Rev Latino Am Enferm*. 2012;20(1):44-51.

Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16 Supl1:1295-301.

Ho MJ. Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of immigrant tuberculosis. *Soc Sci Med*. 2004;59(4):753-62.

Hopewell P, Pai M, Maher D, Uplekar M, Raviglione MC. International standards for tuberculosis care. *Lancet Infect Dis*. 2006;6(11):710-25.

Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss de língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010: cidades [Internet]. Rio de Janeiro; 2012 [citado 2012 maio 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=sp>

Jakubowiak WM, Bogorodskaja EM, Borisov SE, Danilova D, Lomakina OB, Kourbatova EV. Social support and incentives programme for patients with tuberculosis: experience from the Russian Federation. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007;11(11):1210-15.

Jardim PCBV, Jardim TDV. Modelos de estudo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):26-9.

Jardim PCBV. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Juniro D. *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos; 2001. p.58.

Johnson R, Wichern D. *Applied multivariate statistical analysis*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2007. p.773

Kizuki M, Takano T, Nakamura K, Fukuda Y, Watanabe M, Inose T, et al. Social course patterns of urban dwellers with tuberculosis under fragile living conditions in Tokyo, Japan. *J Epidemiol*. 2006;16(4):167-75.

Laurell AC. La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales 1982;19:1-11.

Lee JK, Grace KA, Foster TG, Crawley MJ, Erowele GI, Sun HJ, et al. How should we measure medication adherence in clinical trials and practice? Ther Clin Risk Manag. 2007;3(4):685-90.

Lee JJ, Wu RL, Lee YS, Wu YC, Chiang CY. Treatment outcome of pulmonary tuberculosis in eastern Taiwan - experience at a medical center. J Formos Med Assoc. 2007;106(1):25-30.

Leite JCC, Drachler ML, Centeno MO, Pinheiro CAT, Silveira VL. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. Psicol Reflexão Crítica. 2002;15(1):121-33.

Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(3):775-82.

Lima MB, Mello DA, Moraes APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). Cad Saúde Pública. 2001;17(4):877-85.

Lindoso AABP, Waldman EA, Komatsu NK, Figueiredo SM, Taniguchi M, Rodrigues LC. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. Rev Saúde Pública. 2008;42(5):641-8.

Margotto PR, Curva ROC. Como fazer e interpretar no SPSS [Internet]. 2010 [citado 2012 jun. 05]. Disponível em: http://www.paulomargotto.com.br/documentos?Curva_ROC_SPSS.pdf

Martinez EZ, Louzada-Neto F, Pereira BB. A curva ROC para testes diagnósticos. Cad Saúde Coletiva. 2003;11(1):7-21.

Mateus-Solarte JC, Carvajal-Barona R. Factors predictive of adherence to tuberculosis treatment, Valle del Cauca, Colombia. Int J Tuberc Lung Dis. 2008;12(5):520-6.

Melo RA, Campinas LLSL. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. Mundo Saúde. 2010;34(1):25-35.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

Mendes AM, Fensterseifer LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? Bol Pneumol Sanit. 2004;12(1):27-38.

Michaelis dicionário escolar da língua portuguesa: nova ortografia conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2008. p.17.

Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. Qual Saf Health Care 2005;14:26-33.

Minayo MCS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. Rev Bras Educ Med. 2009;33 Supl 1:83-91.

Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. Int J Tuberc Lung Dis. 2005;9(10):1134-9.

Monroe AA, Gonzale RIC, Palha PF, Sassaki CM; Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008;42(2):62-267. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200008>

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.

Moss AR, Hahn JA, Tulskey JP, Daley CL, Small PM, Hopewell PC. Tuberculosis in the homeless: a prospective study. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162(2 Pt 1):460-4.

Muniz JN, Villa TCS, Pedersolli CE. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. Bol Pneumol Sanit. 1999;7(1):33-42.

Munro AS, Lewin AS, Smith HJ, Engel ME. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. PLoS Med. 2007;4(7):1230-45.

Munro S, Lewin S, Swart T, Volmink J. A review of health behavior theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/Aids? BMC Public Health. 2007;7:104.

Munõz Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conceito em Saúde Coletiva? Ciência e Saúde Coletiva 2007;12(2):319-24.

Nascimento DR. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. Bol Pneumol Sanit. 1999;7(1):65-78.

Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. Rev Bras Epidemiol 2011;14(2):207-216.

Oblitas FYM, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva I, Velásquez D. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. Rev Latino Am Enferm. 2010;18(1):130-8.

Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens. 2006;3(1):30-4.

Oliveira JF, Antunes MBC. Abandono anunciado ao tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde da família do Recife – a perspectiva do usuário. Ver APS 2012;15(1):4-13.

Oliveira HB, Moreira Filho DC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios. Rev Saúde Pública. 2000;34(5):437-43.

Oliveira SAC, Ruffino Netto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2009;17(3): 361-367.

Oliveira MG, Silva CB, Lafaiete RS, Motta MCS, Villa TCS. O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí. Rio de Janeiro – participação da família. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis 2011;6(18):40-45.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza alto a la tuberculosis y Organización Mundial de la Salud: plan mundial para detener la tuberculosis 2006-2015. Ginebra; 2006. p. 21-32.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Organização Mundial da Saúde (OMS). STOP TB Partnership lança a iniciativa TB REACH [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2010 maio 8]. Disponível em: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=953&Itemid=259

Orr P. Adherence to tuberculosis care in Canadian Aboriginal populations. Part 1: definition, measurement, responsibility, barriers. *Int J Circumpolar Health*. 2011a;70(2):113-27.

Orr P. Adherence to tuberculosis care in Canadian Aboriginal populations. Part 2: a comprehensive approach to fostering adherent behaviour. *Int J Circumpolar Health*. 2011b;70(2): 128-40.

Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97.

Paes AT. Por dentro da estatística: análise univariada e multivariada. *Einstein Educ Contin Saúde*. 2010;8(1 Pt2):1-2.

Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):205-13.

Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM- IBAPP; 1999.

Pasquali L. Psicometria teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2009.

Paz EPA, Sá AMM. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose em unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(2):180-6.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 2001. p.157.

Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):635-42.

Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl1:1201-8.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Ponce MAS, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLSG, Scatena LM, Villa TCS. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose desempenho da atenção básica em município do interior paulista. *Rev Latino Am Enferm*. 2011;19(5):1222-9.

Pratt RJ, Robinson N, Loveday HP. Adherence to Antiretroviral Therapy: Appropriate Use of Self-Reporting in Clinical Practice. *HIV Clin Trials*. 2001;2(2):146-59.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil (PNUD) [Internet] 2012 [citado 2012 maio 23]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20%28pelos%20dados%20de%202000%29.htm>

Projeto: “Fortalecimento da Estratégia DOTS em Grandes Centros Urbanos com Alta Carga de Tuberculose no Brasil”. Relatório trimestral [Internet]. 2007 maio/jun. [citado 2012 maio 10]. Disponível em: http://www.fundoglobaltb.org.br/download/relatorio_agosto_outubro_2007.pdf

Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):453-61.

Queiroz R, Nogueira PA. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, São Paulo. *Saúde Soc*. 2010;19(3):627-37.

Rabahi MF, Rodrigues AB, Mello FQ, Almeida Netto JC, Kritski AL. Noncompliance with tuberculosis treatment by patients at a tuberculosis and AIDS reference hospital in midwestern Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2002;6(2):63-73.

Raviglione MC. The TB epidemic from 1992 to 2002. *Tuberculosis* (Edinb). 2003;83(1-3):4-14.

Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: OPAS; 2008. Indicadores de saúde e a RIPSA; p. 11-20.

Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. *Int Eletr J Health Educ*. 2000;3 Spl:180-93.

Reyes-Guillén I, Sánchez-Pérez HJ, Cruz-Burguete J, Izaurieta-de Juan M. Anti-tuberculosis treatment defaulting: an analysis of perceptions and interactions in Chiapas, Mexico. *Salud Publica Mex*. 2008;50(3):251-7.

Robin J, Salovey P. Health psychology. *Ann Rev Psychol*. 1989;40:533-79.

Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silva SED. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2010; 44(2):383-7.

Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Qual*. 1988;15(2):175-83.

Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care*. 1998;36(8):1138-61.

Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Inf Epidemiol SUS*. 2001;10(3):129-38.

Ruffino-Netto A. Carga da tuberculose: reflexões sobre o tema [editorial]. *J Bras Pneumol*. 2004;30(4):307-9.

Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(4):712-8.

Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersectorality and Bonding in Tuberculosis Control in Family Health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2): 387-95.

Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2008;11(8):11.

Salmond SW. Orthopaedic nursing research priorities: a Delphi study. *Orthop Nurs*. 1994;13(2):31-45.

Sánchez AIM. O Tratamento Diretamente Supervisionado – DOTS - e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de Unidades de Saúde da Região Central do Município de São Paulo – Brasil [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Além da DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(5):689-94.

Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):764-7.

Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2007;41Supl 1:89-93.

Santos MLSG, Venramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. *Rev Latino Am Enferm*. 2007;15(n.esp):762-7.

Santos LAR, Fukasava S, Galesi VMN. Alguns aspectos epidemiológicos do controle da tuberculose no Estado de São Paulo. *Bol Edpemiol CVE* [Internet]. 2012 [citado 2012 set. 17];2(11):178-88. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/boletim/pdf/bol1112.pdf>

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, Divisão de Tuberculose. Mudanças no tratamento da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2010a;44(1):197-9.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Estratégia para o controle da tuberculose [Internet]. São Paulo; 2010b [citado 2010 mar. 3]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/tuberculose/index.php?p=6322

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; Coordenação de Epidemiologia e Informação. Informações socioambientais e geoprocessamento [Internet]. São Paulo;

2010c [citado 2012 maio 10]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=8452#01>

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; Coordenação de Epidemiologia e Informação. Indicadores para diagnóstico de saúde da cidade de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2011a [citado 2012 mar. 30]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Indicadores_para_Diagnóstico_de_Saude_da_Cidade_de_SP.PDF

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; Coordenação de Epidemiologia e Informação. Diagnóstico sintético da saúde na cidade de São Paulo, 2010. Boletim CEInfo [Internet]. 2011b [citado 2012 abr. 3];10(10). Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2011.pdf

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa de Controle da Tuberculose. Boletim TB [Internet]. 2011c [citado 2012 maio 22]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_tuberculose_2011_1335464303.pdf

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Unidades de Saúde da Rede Municipal por Coordenadoria Regional de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde e Distrito Administrativo [Internet]. São Paulo; 2011d [citado 2012 abr. 3]. Disponível em: http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/crs_sp_sts_munic.pdf/

São Paulo. Governo do Estado. Pacto pelo fim da miséria. Diário Oficial do Estado de São Paulo [Internet]. 2011e [citado 2012 maio 23];121(157):1. Disponível em: http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2011/Agosto/19/exec1/pdf/pg_0001.pdf

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde; Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Distribuição de casos de tuberculose segundo faixa etária e forma clínica [Internet]. São Paulo; 2012 [citado 24 abr. 2012]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/tb_num/tb_cn10.htm

Schneider A, Peralta JAG, Both V, Brutscher V. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: Centro de Educação e Assessoramento Popular; 2009.

Shargie EB, Lindtjørn B. Determinants of treatment adherence among smear-Positive pulmonary tuberculosis patients in Southern Ethiopia. PLoS Med. 2007;4(2):37.

Siegel S, Castellan NJ. Nonparametric statistics. New York: McGraw-Hill; 1988.

Silva LJ. Tuberculose: a epidemia através dos anos. O ledo engano de Koch. CREMESP Rev [Internet]. 2004 [citado 2012 maio 19];(27). Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=136>.

Silva JRL, Boéchat N. O ressurgimento da tuberculose e o impacto do estudo da imunopatogenia pulmonar. J Bras Pneumol. 2004;20(4):478-84.

Silveira MPT, Adorno RFR, Fontana T. Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controle da tuberculose em Bagé (RS). J Bras Pneumol. 2007;33(2):199-205.

Simões JA, Green J, Schwarcz LM, Silva VG. Apresentação: estudos antropológicos e processos de produção de diferença. Rev Antropol. 2008;51(1):9-17.

Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev Latino Am Enferm. 2002;10(3):415-22.

Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) [Internet]. Programa de Controle da Tuberculose no Estado de SP vai premiar entidades pela intensificação de diagnóstico da doença [Internet]. São Paulo; 2010 [citado 2010 março 23]. Disponível em: http://www.infectologia.org.br/default.asp?site_Acao=&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=14763

Souza MSPL, Pereira SM, Marinho JM, Barreto ML. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. Rev Saúde Pública. 2009;43(6):998-1005.

Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):904-10.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet] Brasília: UNESCO; 2002 [citado 2011 jun. 6]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/Cleberz/d/16362913-Atencao-Primaria-Barbara-Starfield>

Stop TB. The patients' charter for tuberculosis care: patients' rights and responsibilities [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2011 Juny 6]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf

Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health*. 2008;14(8):15.

Sumartojo E. When Tuberculosis treatment fails: a social behavioral account of patient adherent. *Am Rev Respir Dis*. 1993;147(5):1311-20.

Sutherland K, Leatherman S, Christianson J. Paying the patient: does it work? A review of patient targeted incentives. The Health Foundation. London. 2008.[citado 2012 jun 26]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/555/Paying%20the%20patient%20does%20it%20work.pdf?realName=2F2i3M.pdf>

Talay F, Kumbetli S, Altin S. Factors associated with treatment success for tuberculosis patients: a single center's experience in Turkey. *J Infect Dis*. 2008;61(1):25-30.

Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Barroso E, Monteiro E. Adesão nos doentes transplantados. *Acta Med Port*. 2007;20(1):73-85.

Teixeira GM. Os novos alcances da parceria Stop-TB [editorial]. *Bol Pneumol Sanit*. 2006;14(1):5-6.

Teixeira GM. XDR-TB: uma grave e emergente ameaça à saúde pública. *Rev Bras Pneumol Sanit*. 2007;15(1):3-6.

Terra MF, Bertolozzi MR. Does directly observed treatment ("DOTS") contribute to tuberculosis treatment compliance? *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(4):659-64.

Van den Boogaard JVD, Lyimo RA, Boeree MJ, Kibiki GS, Aarnoutse RE. Electronic monitoring of treatment adherence and validation of alternative adherence measures in tuberculosis patients: a pilot study. *Bull World Health Organ*. 2011;89(9):632-9.

Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit*. 2002;10(1):5-12.

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(5):331-42.

Vieira AA, Ribeiro SA. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. *J Bras Pneumol*. 2008;34(3):159-66.

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Penumol*. 2009;35(6):610-612.

Volmink J, Garner P. Systematic review of randomised controlled trials of strategies to promote adherence to tuberculosis treatment. *BMJ*. 1997;315(7120):1403-6.

Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing research*. Philadelphia: Davis; 1991.

Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs*. 1994;19(1):180-6.

Williams G, Alarcon E, Jittimanee S, Walusimbi M, Sebek M, Villa TS. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Best practice for the care of patients with tuberculosis: a guide for low-income countries. Paris; 2007.

World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2012 Febr 15]. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf

World Health Organization (WHO). Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis [Internet]. Geneva; 2006 [cited 2012 May 23]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546956_eng.pdf

World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009 [Internet]. Geneva; 2009 [cited 2012 May 23]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

Wright J. SP 2040 a cidade que queremos. Balanço da participação no SP 2040 [Internet]. São Paulo: PMSP/FUSP; 2012 [citado 2012 maio 23]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/78076379/Apresentacao-Consultas-Publicas-12-01-2012-James-Wright>

ANEXOS

ANEXO 1

CNPq Edital nº 34/2008 Tema 7 Tuberculose

“CONTRIBUIÇÃO AO FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA À TUBERCULOSE NO ÂMBITO DO PACTO PELA VIDA: VALIDAÇÃO DE MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO”

PROPOSTA DE MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Nome: _____

UBS: _____ Prontuário familiar: _____

Prontuário da pessoa: _____ Data de notificação TB: _____

Data de início do tratamento: ____/____/____

Responsável pelo preenchimento do instrumento _____

Aos Especialistas no Tema: avaliar cada um dos marcadores, atribuindo os conceitos:

A: muito importante

B: média importância

C: não importante

Marcador 1: Condições sociais – escolaridade

-O Sr.(a) fez até que ano da escola? _____

1. () analfabeto
2. () fundamental incompleto
3. () fundamental completo
4. () médio incompleto
5. () médio completo ou maior graduação

Marcador 2: Condições sociais – Trabalho

-O Sr.(a) está trabalhando neste momento? _____

1. () não tem trabalho fixo
2. () tem trabalho fixo

Marcador 3: Condições sociais – Vida

-Com quem o Sr.(a) mora ? _____

1. () pessoa em situação de rua
2. () dorme em albergue
3. () mora sozinho
4. () mora com outras pessoas, mas não são familiares
5. () mora com outras pessoas, que são familiares

Marcador 4: Condições sociais – Consumo de álcool

- O Sr.(a) bebe alguma bebida alcoólica? Se bebe, quanto bebe? _____

- () consome, diariamente, 3 ou mais copos de bebida alcoólica
- () consome, diariamente, 1 copo de bebida alcoólica
- () consome bebida alcoólica esporadicamente e se embriaga
- () consome bebida alcoólica esporadicamente e não se embriaga
- () não consome bebida alcoólica

Marcador 5: Concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença

- O Sr.(a) sabe o que causou a tuberculose? _____

1. () paciente desconhece a causa da doença, associando-a a elementos difusos: friagem, tomar bebidas geladas, etc.
2. () paciente associa a doença ao agente etiológico
3. () paciente associa a doença ao agente etiológico e a elementos da vida e do trabalho

Marcador 6: Conhecimento sobre a doença

- O Sr.(a) já tinha ouvido falar sobre a tuberculose? _____

1. () paciente desconhecia a doença
2. () paciente conhecia a doença

Marcador 7: Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico

- Conte como foi até o Sr.(a) ter o diagnóstico de tuberculose (ou seja, o que o S.(a) sentia, durante quanto tempo, e qual serviço de saúde procurou? _____

1. () recorreu a 3 ou mais unidades de saúde e levou mais do que 1 mês até o diagnóstico
2. () recorreu a 2 unidades de saúde e levou menos de 1 mês até o diagnóstico
3. () recorreu a somente uma unidade de saúde que estabeleceu o diagnóstico em período inferior a 30 dias

Marcador 8: Reação do paciente diante do Diagnóstico

- Como o Sr.(a) se sentiu quando o soube que tinha tuberculose? (procurar identificar se apresenta alguma reação para o enfrentamento da doença) _____

1. () não parece demonstrar capacidade de reação para o enfrentamento da enfermidade
2. () parece demonstrar capacidade de reação para o enfrentamento da enfermidade

Marcador 9: Dificuldades no tratamento em relação aos medicamentos

- Como tem sido o tratamento? O Sr.(a) tem tido alguma dificuldade em relação aos comprimidos? (procurar identificar dificuldades em termos da ingestão dos medicamentos, incluindo número e volume dos medicamentos e efeitos colaterais, dentre outros) _____

1. () apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos
2. () algumas vezes apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos
3. () nunca apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos

Marcador 10: Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença

- Como o Sr.(a) tem se sentido em relação à tuberculose? Sente alguma melhora, está igual ao que se encontrava antes do tratamento ou piorou? _____

1. () paciente manifesta que apresenta piora da enfermidade, mesmo após o início do tratamento
2. () paciente manifesta que apresenta melhora da enfermidade, após o início do tratamento

Marcador 11: Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família

- O Sr.(a) tem algum apoio da família para o tratamento? _____

1. () paciente manifesta que familiares não o(a) apóiam no tratamento
2. () paciente manifesta que familiares algumas vezes o(a) apóiam no tratamento ou paciente não tem familiar
3. () paciente manifesta que familiares sempre o(a) apóiam no tratamento

Marcador 12: Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho

- O Sr.(a) tem algum apoio por parte dos colegas de trabalho/chefia para o tratamento? _____

1. () paciente manifesta que não há apoio no trabalho para o tratamento e/ou não mencionou que está doente para os colegas de trabalho/chefia
2. () paciente manifesta que alguns colegas/chefia o(a) apóiam no tratamento
3. () paciente manifesta que colegas/chefia sempre o(a) apóiam no tratamento

Marcador 13: Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no serviço de saúde

- O Sr.(a) tem algum apoio deste serviço de saúde para o tratamento? _____

1. () paciente manifesta que não há apoio no serviço de saúde para o tratamento
2. () paciente manifesta que alguns profissionais de saúde o(a) apóiam no tratamento
3. () paciente manifesta que os profissionais de saúde do serviço sempre o(a) apóiam no tratamento

Marcador 14: Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento

- O Sr.(a) já teve vontade de desistir do tratamento? _____

1. () apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento
2. () já pensou em desistir do tratamento
3. () não apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento

Marcador 15: Capacidade de formular projetos de vida para serem concretizados após o tratamento

- Por que o Sr.(a) está realizando o tratamento? (Buscar identificar se o paciente realiza o tratamento almejando projetos para o futuro: educação dos filhos, trabalho, dentre outros) _____

1. () não apresenta projetos de vida
2. () apresenta projetos de vida

Marcador 16: Informou sobre a doença

- O Sr.(a) falou que está com tuberculose para alguém e por que? _____

1. () não informou a ninguém sobre a doença
2. () informou a familiares a respeito da doença
3. () informou familiares e outros (amigos e colegas de trabalho) a respeito da doença

Marcador 17A: Acolhimento/Vínculo na UBS

- Como o Sr.(a) se sente quando fala dos problemas de saúde aqui neste serviço de saúde? Sente que é ouvido, ou não? _____

1. () manifesta que seus problemas de saúde nunca não são ouvidos/solucionados pelos profissionais de saúde da UBS
2. () manifesta que seus problemas de saúde algumas vezes são ouvidos e solucionados pelos profissionais de saúde da UBS
3. () sente que seus problemas de saúde sempre são ouvidos e solucionados pelos profissionais de saúde da UBS

Marcador 17B: Acolhimento/Vínculo na UBS

- O Sr.(a) é atendido sempre pelos mesmos profissionais de saúde aqui neste serviço? _____

1. () nunca é atendido pelos mesmos profissionais de saúde da UBS
2. () algumas vezes é atendido pelos mesmos profissionais de saúde da UBS
3. () sempre é atendido pelos mesmos profissionais de saúde da UBS

Marcador 17C: Acolhimento/Vínculo na UBS

- Quando o Sr.(a) tem alguma dúvida sobre a doença ou sobre o tratamento, com quem o Sr.(a) fala? _____

1. () em caso de dúvida sobre a tuberculose nunca recorre aos profissionais de saúde da UBS
2. () em caso de dúvida sobre a tuberculose algumas vezes recorre aos profissionais de saúde da UBS
3. () em caso de dúvida sobre a tuberculose sempre recorre aos profissionais de saúde da UBS

Marcador 18: Intenção de realização do tratamento em outra UBS

- O Sr.(a) gostaria de continuar o tratamento aqui neste serviço, ou não? Por que? _____

1. () gostaria de fazer o tratamento em outra UBS
2. () algumas vezes gostaria de fazer o tratamento em outra UBS
3. () gostaria de dar continuidade ao tratamento na própria UBS onde está matriculado

Marcador 19: Tempo gasto para ir até a UBS

- Quanto tempo o Sr.(a) leva para vir até esta UBS? E como vem? (a pé, de ônibus, de carro)

1. () mais do que 1 hora
2. () até 1 hora
3. () até 30 minutos
4. () até 10 minutos

Marcador 20: Tempo gasto na UBS para ser atendido

- Quanto tempo o Sr.(a) espera para ser atendido neste serviço de saúde? _____

1. () mais do que 1 hora
2. () até 1 hora
3. () até 30 minutos
4. () até 10 minutos

Marcador 21: Recebimento de Visita Domiciliária

- Esta UBS já realizou visita em sua casa depois que o Sr.(a) teve o diagnóstico de tuberculose? _____

1. () nunca teve a visita de profissionais de saúde da UBS
2. () já teve a visita de profissionais de saúde da UBS em uma ocasião
3. () já teve a visita de profissionais de saúde da UBS algumas vezes

Marcador 22: Impacto da tuberculose sobre a vida

- O Sr.(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em sua vida? (Buscar identificar se a doença tem reduzido a capacidade para a realização das atividades diárias no domicílio) _____

1. () a doença causou impacto negativo em sua vida
2. () a doença algumas vezes causa impacto negativo em sua vida
3. () a doença não causou impacto negativo em sua vida

Marcador 23: Impacto da tuberculose sobre o trabalho

- O Sr.(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em seu trabalho? (Buscar identificar se a doença tem reduzido a capacidade para a realização das atividades laborais) _____

1. () a doença causou impacto negativo em suas atividades laborais ou não tem trabalho
2. () a doença algumas vezes causa impacto negativo em suas atividades laborais
3. () a doença não causou impacto negativo em suas atividades laborais

Marcador 24: Doença Associada

- Além da tuberculose, o Sr.(a) tem alguma outra doença? Toma medicação? _____

1. () tem doença associada à tuberculose e tem que tomar medicação
2. () tem doença associada à tuberculose, mas não tem que tomar medicação
3. () não tem doença associada à tuberculose

Marcador 25: Modalidade de Tratamento

- Como é o tratamento da tuberculose: o Sr.(a) vem tomar a medicação aqui na UBS, ou toma em casa? _____

1. () Auto-Administrado
2. () Tratamento Supervisionado 3 vezes por semana
3. () Tratamento Supervisionado 5 vezes por semana

Marcador 26: Avaliação do Serviço de Saúde

- O que o Sr.(a) acha do atendimento aqui na UBS? _____

1. () serviço de saúde não é bom
2. () serviço de saúde algumas vezes apresenta problemas no atendimento
3. () serviço de saúde é bom

27. Recebeu alguma visita do Serviço de Saúde em sua casa ou em outro lugar? (considerar no caso de controle de comunicantes) (1) não (2) sim

28. O Sr.(a) gostaria de dar alguma sugestão para este serviço de saúde?

29. O Sr.(a) gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXO 2

Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 12 de agosto de 2010
PARECER N° 284/10 – CEP/SMS
CAAE: 0048.0.162.000-09

Para
Maria Rita Bertolozzi
Sr(a) Pesquisadora

Projeto de Pesquisa: Contribuição ao Fortalecimento da Capacidade de Resposta à Tuberculose no âmbito do Pacto pela Vida: Validação de indicadores de Adesão ao Tratamento

Pesquisador Responsável: Maria Rita Bertolozzi

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Local onde os dados serão coletados: Supervisão Técnica de Saúde do Butantã – CRS Centro-Oeste.

I. Adendo ao projeto acima identificado, quanto à:

Projeto “Contribuição ao Fortalecimento da Capacidade de Resposta à Tuberculose no Âmbito do Pacto pela Vida: Validação de Indicadores de Adesão ao Tratamento”, em sua Segunda Etapa, denominada: “Indicadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose na Atenção Básica”.

A primeira etapa, aprovada por esse Comitê de Ética, segundo Parecer nº 131/2009, CAAE: 0048.0.162.000-09, foi aprovada e contemplou:

- coleta de alguns dados sócio-demográficos junto aos prontuários de pacientes portadores de tuberculose, pertencentes às unidades básicas de saúde da Supervisão de Saúde do Butantã;
- entrevistas junto a esses pacientes;
- análise das entrevistas e composição de elementos para compor marcadores de adesão ao tratamento para a tuberculose;
- apresentação de tais elementos a profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da mesma Supervisão de Saúde, com o intuito de avaliar a sua importância no que se refere à adesão ao tratamento para a tuberculose;
- recomposição de tais elementos, compondo um instrumento dotado de escores para avaliar a adesão ao tratamento para a tuberculose;
- apresentação de tal instrumento a pesquisadores que tem experiência em estudos operacionais sobre tuberculose.

Para esta segunda etapa, quando será dada continuidade à elaboração dos indicadores de adesão ao tratamento em tuberculose, submetemos ao Comitê de Ética em Pesquisa:

- o instrumento, que contém os indicadores (marcadores) de adesão ao tratamento, que será utilizado para avaliar a adesão ao tratamento (Incluído neste documento). O instrumento será aplicado junto aos pacientes, em local que conserve a privacidade, mediante Termo de Consentimento (incluído neste documento). Propõe-se que esta ação seja realizada em duas ocasiões, após 30 dias do início do tratamento e após 90 dias do início do tratamento. Anteriormente a esta ação, a proposta será apresentada aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde, para obtenção de sua autorização.
- o check list para captar informações relativas à organização do trabalho para o controle da tuberculose, a ser aplicado junto aos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde, e respectivo Termo de Consentimento (incluídos neste documento).

II. Considerações

Do ponto de vista ético, este adendo foi considerado adequado, não tendo sido identificado nenhum obstáculo que impeça o prosseguimento da pesquisa já aprovada anteriormente por este CEP.

Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

CAAE: 0048.0.162.000-09

IV - Parecer do CEP: Adendo APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

ANEXO 3

Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 13 de Outubro de 2010
PARECER Nº 355/10 – CEP/SMS
CAAE: 0048.0.162.000-09

Ilma. Sra.
Maria Rita Bertolozzi

Projeto de Pesquisa: Contribuição ao Fortalecimento da Capacidade de Resposta à Tuberculose no Âmbito do Pacto pela Vida: Validação de Indicadores de Adesão ao Tratamento

Pesquisador Responsável: Maria Rita Bertolozzi

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Local onde os dados serão coletados: Supervisão Técnica de Saúde do Butantã – CRS Centro-Oeste.

Solicitação de adendo ao projeto: Contribuição ao Fortalecimento da Capacidade de Resposta à Tuberculose no Âmbito do Pacto pela Vida: Validação de Indicadores de Adesão ao Tratamento, em sua segunda etapa - Indicadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose na Atenção Básica, coordenado pela Professora Dra. Maria Rita Bertolozzi do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde com Parecer de número 284/10, CAAE: 0048.0.162.000-09: Estender sua coleta de dados para todo o Município de São Paulo, além da coordenação de Saúde do Butantã.

III. Considerações

Do ponto de vista ético, este adendo não muda a essência do estudo que continua a mesma, estando de acordo com a Resolução 196/96 e suas complementares.

IV - Parecer do CEP: Adendo APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

APÊNDICES

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Escola de Enfermagem/ Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
São Paulo, ____ de junho de 2010.

Ilmo. Sr.

Secretário de Saúde do Município de São Paulo

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, por meio desta, solicitar permissão para a coleta de dados para o Projeto de Pesquisa: Validação de marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose, na Unidade Básica de Saúde do Butantã do município de São Paulo: uma proposta de monitoramento de pacientes.

Trata-se de um projeto de Doutorado, que será desenvolvido por Edilma Gomes Rocha Cavalcante, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Rita Bertolozzi, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP. O projeto tem como objetivo geral: validar marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose na UBS do Butantã do município de São Paulo. Para tanto, em uma primeira etapa, será necessário reunir-se com os coordenadores das equipes de saúde da família e coordenadores/gestores da UBS e Enfermeiros responsáveis pela vigilância, para apresentação dos objetivos do estudo. Será necessário, em seguida, realizar oficina com os mesmos profissionais, ocasião em que opinarão a respeito de um instrumento que contém proposta de marcadores de adesão ao tratamento.

A seguir, o estudo será implementado junto à UBS, onde serão acordadas em conjunto, de forma a não interferir na rotina de trabalho do Município. Solicitar-se-á aos profissionais de saúde que utilizem o instrumento proposto em três ocasiões: no início do tratamento dos pacientes portadores de tuberculose pulmonar, e em cerca de 90 dias de tratamento. Comprometemo-nos a acompanhar o trabalho dos profissionais de saúde e interferir o mínimo possível na rotina do serviço.

Destacamos que este estudo tem a finalidade de contribuir com os serviços de saúde, no que tange ao monitoramento da adesão dos pacientes ao tratamento e, para tanto, o instrumento aplicado deve permitir facilidade em seu uso. Garantimos-lhe que a participação dos profissionais de saúde é voluntária. Os resultados do estudo têm somente a finalidade de contribuir para o controle da tuberculose e não serão utilizados em nenhum momento para avaliação do desempenho profissional dos trabalhadores da saúde. Garantimos, ainda, que será mantido o sigilo absoluto a respeito da identidade dos sujeitos que participarem do estudo.

Colocamo-nos à disposição para todos os esclarecimentos que se fizerem necessários e, de antemão, agradecemos a valiosa atenção, aproveitando a oportunidade para renovar protestos de consideração.

Prof^a. Dra. Maria Rita Bertolozzi

Orientadora

Professora do Departamento de Enfermagem
em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem
da USP

Edilma Gomes Rocha Cavalcante

Enfermeira/Doutoranda do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da USP

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Usuários de Unidades Básicas de Saúde

Meu nome é _____, sou enfermeira/estudante de enfermagem e estou estudando o problema da tuberculose em uma pesquisa que está sendo realizada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A responsável pela pesquisa é a Profa. Maria Rita Bertolozzi. Nessa pesquisa, estamos estudando sobre como ajudar a cumprir o tratamento e o que pode dificultar o tratamento da tuberculose. Com os resultados da pesquisa, nós pretendemos ajudar na melhoria do atendimento aos pacientes com tuberculose.

Assim, gostaria de contar com sua colaboração e o(a) convido para responder algumas perguntas sobre sua vida, trabalho, sobre a sua doença e o tratamento no posto de saúde. Essas perguntas serão realizadas hoje, momento em que o Sr.(a) deve ter até 30 dias do tratamento e, de novo, em consulta de retorno, mais ou menos por volta do terceiro mês de tratamento.

As informações que o Sr.(a) der ficarão restritas a este serviço de saúde. Caso o Sr.(a) não queira responder alguma questão, não há nenhum problema, porque isto não vai causar nenhum problema no atendimento ao Sr.(a) neste posto de saúde.

Como nós queremos ajudar a melhorar o atendimento aos pacientes que têm tuberculose, os resultados da pesquisa serão apresentados aos profissionais de saúde da Secretaria de Saúde do Município, em reuniões de estudo e em revistas da área da saúde.

Caso tenha alguma dúvida, estou à disposição após a entrevista e no telefone: 30617652. Uma cópia deste impresso ficará com o Sr.(a) e outra com o grupo de pesquisadores.

_____	Sr.(a) _____
Maria Rita Bertolozzi	Data: ____/____/____

Caso tenha alguma dúvida, ou queira algum esclarecimento ou reclamação sobre os procedimentos éticos deste estudo, por favor, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, na Rua General Jardim, 36, no 8º andar, ou pelo telefone: 33972464, ou pelo e-mail: smscep@gmail.com

APÊNDICE 3

PROJETO “CONTRIBUIÇÃO AO FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA À TUBERCULOSE NO ÂMBITO DO PACTO PELA VIDA: VALIDAÇÃO DE MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Etapla II - Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose na Atenção Básica

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1. Caracterização do Paciente (Nº do paciente na pesquisa: _____)
- 1.Registro na UBS(prontuário): _____
- 1.1UBS: _____ 1.2ESF: Sim () Não ()
- 1.3.Supervisão Técnica de Saúde: Butantã () Sé () Lapa/Pinheiros ()
2. Iniciais _____ 2.1 Idade: _____
- 3.Sexo: () Masculino () Feminino
4. 1. O Sr.(a) considera que a renda familiar é: 1.() insuficiente 2. () pouco suficiente 3. () suficiente
- Por que o Sr (a) considera (suficiente, insuficiente ou pouco suficiente)? _____
- 4.2. Compartilhada com quantas pessoas: _____ (incluindo o paciente)
5. Data da notificação TB: __ __ / __ __ / __ __ __ __
6. Data do início tratamento TB __ __ / __ __ / __ __ __ __

Ano 2011	Registrar as faltas por mês / Por que faltou?
Janeiro	
Fevereiro	
Março	
Abril	
Maio	
Junho	
Júlio	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	

7. Tipo de TB: _____
8. Faltas ocorridas durante o período de monitoramento do paciente? () Sim () Não.
9. HIV: () positivo () negativo () em andamento () não realizado
10. O Sr.(a) participa de alguma atividade associativa: Sim () Qual? _____
11. Não frequente () 2. Esporadicamente () 3.Sempre ()
12. Procedência: _____
13. Tempo que mora na área (bairro/comunidade)? _____
14. Segunda coleta: Verificar dados da ficha de notificação e prontuário aos 90 dias de tratamento, para identificar eventuais situações relevantes para adesão ao tratamento: _____
- 15.Após os seis meses de monitoramento, qual condição do tratamento do pacientes?
- Cura () Transferência (). Porque? _____ Óbito () Abandono ()
16. Início e término do monitoramento/ pesquisador responsável

1.coleta:	
2.coleta:	
3.coleta:	

2. Marcadores de monitoramento da adesão ao tratamento em pacientes com TB

Marcadores	Perguntas	Escore			Total
		1	2	3	
Condições Sociais					
1. Escolaridade*	Em relação à escola, o Senhor (a): *Qual a última série que cursou com aprovação? _____ *Anos de estudo? Não sabe () sabe () O senhor sabe ler e escrever? _____	Não sabe ler e escrever	Sabe ler, mas não sabe escrever	Sabe ler e escrever	
2. Trabalho (condição empregatícia)	Está trabalhando nesse momento? Sim () Não () Por quê? () Afastamento devido à doença () Desemprego () Nunca trabalhou/estudante () Do lar O que faz (Profissão/ocupação)? _____	Não tem trabalho	Trabalha mas não é fixo. Faz bico em quem? _____	Tem trabalho fixo * Registro em carteira: Sim () Não () *regularidade em trabalhar durante a semana	
3. Vida (Situação de moradia/conviver com familiares).	Com quem o Sr.(a) está morando neste momento? Vive sozinho () Familiares () Ninguém () Outra situação (). Qual? _____	Pessoa vive em situação de rua/ albergue	Vive sozinho	Vive com outras pessoas	
4. Crença Religiosa	Que Instituição religiosa o Sr.(a) frequenta? *Qual: ? _____	Não frequenta	Frequenta esporadicamente	Frequenta sempre	
5. Tempo gasto para ir até a UBS	Quanto tempo o Sr. (a) gasta para chegar à UBS? Qual o meio utilizado? a pé (), ônibus(), carro() outro(). Qual? _____	Mais do que 1 hora	Até 1 hora	Até 30 minutos	
Contextos Vulneráveis					
6.1 Consumo de álcool	Em relação ao uso de bebida alcoólica, o Sr.(a): O senhor(a) Anotar Observações:	Consome bebida alcoólica e se embriaga	Consome bebida alcoólica e não se embriaga	Não consome bebida alcoólica	
6.2 Consumo de fumo	Em relação ao fumo, o Sr(a): Anotar Observações:	Fuma todo dia	De vez em quando	Não fuma	
7. Uso de drogas	Neste momento, o Sr. (a) tem usado algum tipo de drogas (substância ilícita). Tipo? _____ Não informou () Anotar observações:	Sim todos os dias	Às vezes / parou devido ao tratamento	Não Usa	

Relacionados ao Processo Saúde-Doença					
8. Doença Associada	Além da Tuberculose, o Sr.(a) tem alguma outra doença? Sim () Qual? _____ Não () Não informou () Toma outra medicação? Sim () Qual? _____ Não ()	Tem doença associada à tuberculose e tem que tomar outras medicações, também.	Tem doença associada à tuberculose, mas não tem que tomar medicação	Não tem doença associada à tuberculose.	
9. Concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença	O Sr.(a) sabe o que causou a tuberculose? _____	Paciente desconhece a causa da doença, associando-a a elementos difusos: friagem, tomar bebida gelada, etc.	Paciente associa a doença a um agente etiológico (vírus)	Paciente associa a doença ao agente etiológico e a elementos da vida e do trabalho	
10. Conhecimento sobre a doença	O Sr.(a) já tinha ouvido falar sobre a tuberculose? Sim () Não () Através de quem? _____ Aonde: _____	Paciente desconhecia a doença	Paciente conhecia a doença, que acometeu amigos/vizinhos /outras fontes ou ninguém.	Paciente conhecia a doença, que acometeu familiar. Quem foi? _____	
11.1 Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico	Quais foram os serviços de saúde que o Sr.(a) percorreu até chegar ao diagnóstico (registrar em ordem histórica da trajetória a partir dos sinais e sintomas). 1) ..., 2) ..., 3) ..., n) ... Qual unidade de saúde confirmou o diagnóstico? _____	Recorreu a 3 ou mais unidades de saúde	Recorreu a 2 unidades de saúde.	Recorreu a somente uma unidade de saúde	
11.2 Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico – Tempo para receber o diagnóstico.	Quanto tempo levou para o Sr(a) saber do diagnóstico?	Levou mais do que 1 mês até o diagnóstico	Levou menos de 1 mês até o diagnóstico	Levou um período inferior a 30 dias	
12. Reação do paciente diante do diagnóstico	Como o Sr.(a) se sentiu, quando soube que tinha tuberculose? (procurar identificar se o paciente apresenta alguma reação para o enfrentamento da doença.	Reação aparentemente negativa: _____	Reação aparentemente indiferente: _____	Reação aparentemente positiva: _____	
Marcadores Relacionados ao Tratamento					
13. Condição de tratamento*	É a primeira vez que o Sr.(a) está tratando? Sim () Não () Quanto foi o último tratamento (ano) _____	Recidiva Retratamento () Abandono () Falência ()	Transferência	Caso novo	

Relacionados ao Processo Saúde-Doença					
14. Informou sobre a doença	O Sr.(a) falou que está com tuberculose para alguém (família, amigos/colegas?) Por que? _____	Não informou a ninguém sobre a doença	Informou familiares a respeito da doença	Informou familiares e outros (amigos e colegas de trabalho) a respeito da doença	
15. Impacto da tuberculose sobre a vida	O Sr.(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em sua vida? (Buscar identificar se a doença tem reduzido a capacidade para a realização das atividades no domicílio) Sim () Quais? _____ Não ()	A doença causou impacto negativo em sua vida	A doença algumas vezes causa impacto negativo em sua vida	A doença não causou impacto negativo em sua vida	
16. Impacto da tuberculose sobre o trabalho	O Sr.(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em seu trabalho? (Buscar identificar se a doença tem reduzido a capacidade para a realização das atividades laborais)	A doença causou impacto negativo em suas atividades laborais ou não tem trabalho Quais? _____	A doença algumas vezes causa impacto negativo em suas atividades laborais. Quais? _____	A doença não causou impacto negativo em suas atividades laborais	
Marcadores relacionados ao tratamento					
17. Modalidade de Tratamento	Como é o tratamento da tuberculose: o Sr.(a) vem tomar a medicação aqui na UBS, ou toma em casa?	Auto-administrado	TDO em até 3 vezes por semana	TDO, até 5 vezes por semana	
18. Dificuldades no Tratamento em relação aos medicamentos	Como tem sido o tratamento? O Sr.(a) tem tido alguma dificuldade em relação aos comprimidos? Procurar identificar dificuldades em termos de: -Ingestão dos medicamentos, incluindo número e volume dos medicamentos () -Efeitos colaterais () -Dentre outros ()	Sempre apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos. Quais? _____	Algumas vezes apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos. Quais? _____	Nunca apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos	
19. Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença	Como o Sr.(a) tem se sentido em relação à tuberculose? Sente alguma melhora, está igual ao que se encontrava antes do início do tratamento ou piorou? _____	Paciente manifesta que apresenta piora da enfermidade, mesmo após o início do tratamento	Paciente manifesta que nada se alterou, em relação aos sinais e sintomas, mesmo com o tratamento	Paciente apresenta melhora da enfermidade, após o início do tratamento	

20. Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família	O Sr.(a) tem algum apoio da família para o tratamento? (atenção: Insistir na pergunta caso os pacientes não queiram apoio da família. Se os familiares apóiam mesmo assim) *apoio no sentido de ajuda de alguma forma: enfrentamento da doença () financeiro () afetivo () outros: _____	Paciente manifesta que familiares não o (a) apóiam no tratamento/ou paciente não tem familiar/mora na rua	Paciente manifesta que familiares algumas vezes o (a) apóiam no tratamento.	Paciente manifesta que familiares sempre o(a) apóiam no tratamento	
21. Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho	O Sr.(a) tem algum apoio por parte dos colegas de trabalho/chefia para o tratamento? (Desconsiderar esse marcador se o paciente: não trabalha, desempregado, estudante ou dona de casa)	Paciente manifesta que não há apoio no trabalho para o tratamento e/ou não mencionou que está doente aos colegas de trabalho/ Chefia	Paciente manifesta que alguns colegas/chefia o(a) apóiam no tratamento	Paciente manifesta que colegas/chefia sempre o(a) apóiam no tratamento	
22. Dificuldades no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde, incluindo os incentivos (cesta básica, lanches, outros)	O Sr.(a) tem algum apoio deste serviço de saúde para o tratamento? Que apoio recebe dos profissionais de saúde? _____ O Sr(a) recebe algum incentivo na UBS? -Lanche () -Cesta-básica () -Passe para transporte () -Outro. Qual? _____	Paciente manifesta que não há apoio no serviço de saúde para o tratamento	Paciente manifesta que alguns profissionais de saúde o(a) apóiam no tratamento e algumas vezes conta com incentivos	Paciente manifesta que os profissionais de saúde sempre o(a) apóiam no tratamento e conta com incentivos	
23. Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	O Sr.(a) já teve vontade de desistir do tratamento?	Apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento. Por quê? _____	Já pensou em desistir do tratamento. Por quê? _____	Não apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	
24. Capacidade de formular projetos de vida para serem concretizados após o tratamento	O que o(a) motiva a realizar o tratamento? (Buscar identificar se o paciente realiza o tratamento almejando projetos para o futuro: educação dos filhos, trabalho, dentre outros)	Aparenta não apresentar motivação	Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde	Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde e por ter outros motivos: filhos (), trabalho (), Outros () _____	

Marcadores Relativos aos Serviços de Saúde					
25A. Vínculo/ Acolhimento na UBS -- sentir-se que é ouvido	Como o Sr.(a) se sente quando fala dos problemas de saúde aqui neste serviço de saúde? - Sente que é ouvido? Sim () Não () -Porque não falou? _____	Manifesta que seus problemas de saúde <u>não são ouvidos</u> pelos profissionais de saúde da UBS.	Manifesta que seus problemas de saúde <u>algumas vezes</u> <u>são ouvidos</u> pelos profissionais de saúde da UBS	Manifesta que seus problemas de saúde <u>sempre são</u> <u>ouvidos</u> pelos profissionais de saúde da UBS	
25B. Vínculo/ Acolhimento na UBS - atendido pelos mesmo profissionais de saúde durante o tratamento	Com que frequência o Sr.(a) é atendido pelos profissionais de saúde neste serviço?	Nunca é atendido pelos mesmos profissionais de saúde do serviço	Algumas vezes é atendido pelos mesmos profissionais de saúde do serviço	Sempre é atendido pelos mesmos profissionais de saúde do serviço	
25C. Vínculo/ Acolhimento na UBS - frequência em que recorria aos serviços de saúde em caso de dúvidas	Quando o Sr.(a) tem alguma dúvida sobre a doença ou sobre o tratamento, com quem fala?	Nunca recorre aos profissionais de saúde do serviço/ Não tem dúvida.	Algumas vezes recorre aos profissionais de saúde do serviço	Sempre recorre aos profissionais de saúde do serviço	
26. Intenção sobre a continuidade da realização do tratamento na UBS.	O Sr.(a) gostaria de continuar o tratamento aqui neste serviço, ou não? Por quê? _____	Gostaria de fazer o tratamento em outra UBS	Algumas vezes gostaria de fazer o tratamento em outra UBS	Gostaria de dar continuidade ao tratamento nesta UBS	
27. Tempo gasto para ser atendido na UBS	Quanto tempo o Sr.(a) espera para ser atendido neste serviço de saúde?	Mais do que 1 hora	Até 1 hora	Até 30 minutos	
28. Recebimento de visita domiciliária	Esta UBS já realizou visita em sua casa depois que o Sr.(a) teve o diagnóstico de tuberculose? Qual o profissional de saúde foi em sua casa? Médico () Enfermeira () ACS () Aux de enfermagem () Técnico de enfermagem ()	Nunca teve a visita de profissionais de saúde da UBS	Já teve a visita de profissionais de saúde em uma ocasião	Já teve a visita de profissionais de saúde algumas vezes	
Total					

APÊNDICE 4

Sup Tec Saúde		Condições Sociais			Contexto Vulnerável		Processo Saúde-Doença								Tratamento								Serviço de Saúde													
		Escolaridade	Trabalho	Vida	Religião	TempUBS	Alcool	Fumo	Drogas		CausaTb	Conheciadç	Reação	CondiçãoTTO	Informou	ImpactoVida	ImpactoTraba	ModalidadeTTO	DifículMedicag	DifículFamília	DifículTraba	DifículUBS	Desistir	Projeto	TrajeUBS	TrajeDiagnóstico	Vinculo/AcolhimA	Vinculo/AcolhimB	Vinculo/AcolhimC	ContttoUBS	TempoGasto	VD				
BUTANTA	sujeitos	3	3	2	2	3	3	3	3	3	1	3	1	3	2	1	3	1	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	78	C		
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	1	75	C		
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	1	1	1	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	83	C	
		1	3	3	1	3	3	3	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	83		
	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	2	1	1	3	1	1	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	75	C
		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	2	2	2	3	1	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	86	
	5	2	2	3	1	3	2	1	3	1	3	1	3	1	1	2	3	2	3	3	3	2	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	77	C
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	82	C	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	1	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	1	82			
	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	2	84	C		
7	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	86	C	
	1	1	3	1	3	3	3	1	3	1	1	1	3	2	3	1	3	3	3	3	3	0	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	72	C	
	1	2	3	2	3	2	1	3	1	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	74		
9	1	2	3	1	3	3	1	3	1	1	1	1	3	2	1	1	2	2	2	2	1	3	0	3	3	2	1	3	3	3	3	2	63	C		
	1	1	3	3	3	3	3	1	3	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	2	3	0	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	3	66		
	3	2	3	2	3	2	1	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	2	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	80	C	
10	3	2	3	2	3	3	3	1	3	3	1	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	84	C	
	2	3	3	1	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2	3	1	1	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	81	C	
	2	3	3	1	3	3	3	3	2	1	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87		

		Condições Sociais			Contexto Vulnerável		Processo Saúde-Doença										Tratamento							Serviço de Saúde													
		Escolaridade	Trabalho	Vida	Religião	TempUBS	Alcool	Fumo	Drogas	DoençaAss	CausaTb	Conheciadç	Reação	CondiçãoTTO	Informou	ImpactoVida	ImpactoTraba	ModalidadeTTO	DificulMedicag	DificulFamília	DificulTraba	DificulUBS	Desistir	Projeto	TrajetUBS	TrajetDiagnóstic	Vinculo/AcolimA	Vinculo/AcolimB	Vinculo/AcolimC	ConttoUBS	TempoGasto	VD					
Sup Tec Saúde	sujeitos	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	2	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	88	somatório			
		3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	3	3	2	3		3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	88				
		3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	2	2	3	3	1	1	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	81				
	25	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	1	3	1	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	82	C		
		3	1	2	2	3	3	3	3	3	2	1	1	2	3	3	3	1	3	3	3	0	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	75			
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A			
	27	3	3	3	2	2	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	79	C	
		3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1		80
		3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	83		
	29	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	1	3	1	1	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	82	C
3		1	3	2	3	3	3	3	3	1	1	2	1	3	2	2	1	3	3	3	0	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	75		
0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
30	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	1	2	2	3	3	1	2	1	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	73	C		
	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	1	2	2	3	3	2	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	82			
	3	3	2	2	2	3	1	3	3	3	1	2	2	3	3	1	2	1	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1			
31	3	3	2	2	2	2	3	1	3	3	1	2	2	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	75	C	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	3	3	3	2	2	3	1	3	2	1	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1			
32	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87	C	
	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	1	2	2	1	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	75		
	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	1	2	3	1	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	80		
34	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	87	C		
	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2		88	
	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	1	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		88	
35	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	1	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	85	C	

BUTANTA

		Condições Sociais				Contexto Vulnerável		Processo Saúde-Doença								Tratamento							Serviço de Saúde													
		Escolaridade	Trabalho	Vida	Religião	TempUBS	Alcool	Fumo	Drogas	DoençaAss	CausaTb	Conheciadç	Reação	CondiçãoTTO	Informou	ImpactoVida	ImpactoTraba	ModalidadeTTO	DifícilMedicag	DifícilEvoluç	DifícilFamília	DifícilTraba	DifícilUBS	Desistir	Projeto	TrajetUBS	TrajetDiagnóstic	Vinculo/AcolhimA	Vinculo/AcolhimB	Vinculo/AcolhimC	ContttoUBS	TempoGasto	VD			
Sup Tec Saúde	sujeitos	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	1	3	1	2	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	83	Desfecho
		3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	1	1	2	3	3	1	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	80		
		3	3	2	2	3	3	1	3	3	3	1	2	1	3	3	1	1	3	2	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	1	76		
BUTANTÁ	49	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	1	1	3	3	3	3	0	3	3	3	1	1	3	3	1	3	3	1	73	C	

*C=Cura; TTO=Tratamento; A=Abandono; T=Transferência.

Sup Tec Saúde	Condições Sociais				Contexto Vulnerável		Processo Saúde-Doença								Tratamento						Serviço de Saúde										Somatório (1 e 2)	Desfecho																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	Escolaridade	Trabalho	Vida	Religião	Tempo/BS	Alcool	Fumo	Drogas	Doença/Ass	Causa/Tb	Conheciadg	Reação	Condição/Tto	Informou	Impacto/Vida	Impacto/Traba	Modalidade/TTO	Dificul/Medicag	Dificul/Evoluç	Dificul/Família	Dificul/BS	Desistr	Projeto	Trajeto/BS	Trajeto/Diagnóstico	Vinculo/Acolim/A	Vinculo/Acolim/B	Vinculo/Acolim/C	Cont.to/BS	Tempo/Gasto			VD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
SE	1	3	3	2	2	3	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2	1	1	2	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

[illegible]

*C=Cura; TTO=Tratamento; A=Abandono; T=Transferência.

APÊNDICE 5

PROPOSTA DE MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Conceitos (A, B, C) atribuídos aos marcadores pelos Especialistas

A: Muito Importante

B: Média Importância

C: Não Importantes

Código	Questões	E1	E2	E3
M1	1. Condições sociais: Escolaridade	A	B	B
M2	2. Trabalho (condição empregatícia)	A	A	A
M3	3. Condições sociais – Vida	A	A	A
M4	4. Consumo de álcool	A	A	A
M5	5. Concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença	A	B	A
M6	6. Conhecimento sobre a doença	B	B	B
M7	7. Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico	B	C	B
M8	8. Reação do paciente diante do Diagnóstico	B	C	B
M9	9. Dificuldades no tratamento em relação aos medicamentos	A	A	B
M10	10. Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença	A	A	B
M11	11. Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família	A	A	B
M12	12. Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho	A	B	B
M13	13. Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no serviço de saúde	C	A	A
M14	14. Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	A	A	A
M15	15. Capacidade de formular projetos de vida para serem concretizados após o tratamento	A	A	C
M16	16. Informou sobre a doença para alguém (medida de adesão)	B	A	C
M17	17. Vínculo/Acolhimento na UBS - sente-se que é ouvido	B	A	A
M18	18. Vínculo/Acolhimento na UBS - atendido pelos mesmo profissionais	B	A	A
M19	19. Vínculo/Acolhimento na UBS – recorre aos profissionais de saúde em caso de dúvidas	C	A	A
M20	20. Intenção de realização do tratamento em outra UBS	C	A	B
M21	21. Tempo gasto para ir até a UBS	B	B	A
M22	22. Tempo gasto na UBS para ser atendido	B	B	A
M23	23. Recebimento de Visita Domiciliária	C	A	B
M24	24. Impacto da tuberculose sobre a vida	A	B	C
M25	25. Impacto da tuberculose sobre o trabalho	A	A	C
M26	26. Doença Associada	A	B	A
M27	27. Modalidade de Tratamento	B	A	A
M28	28. Avaliação do Serviço de Saúde	C	A	A

APÊNDICE 6

Análise univariada – variáveis sem valor *p* significativos

Supervisão Técnica de Saúde	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alagoas	0	0,1	0	0,0	1	50,0	1	1,3	0,946
Bahia	0	0,0	6	8,0	1	50,0	7	7,9	
Bolívia	1	8,3	7	9,3	0	0,0	8	9,0	
Buenos Aires	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Ceará	0	0,0	5	6,7	0	0,0	5	5,6	
Ignorado	1	8,3	2	2,7	0	0,0	3	3,4	
Juazeiro do Norte	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Maranhão	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
Minas Gerais	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Paraíba	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
Paraná	1	8,3	2	2,7	0	0,0	3	3,4	
Pernambuco	2	16,7	6	8,0	0	0,0	8	9,0	
Peru	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
Piauí	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Rio de Janeiro	0	0,0	3	4,0	0	0,0	3	3,4	
Santa Catarina	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Santos	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
São Paulo	7	58,3	32	42,7	0	0,0	39	43,8	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Supervisão Técnica de Saúde	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Butantã	3	25,0	44	58,6	2	100,0	47	54,0	0,064
Lapa/Pinheiros	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,3	
Sé	9	75,0	29	38,7	0	0,0	38	43,7	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	87	100,0	

ESF	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	3	25,0	28	37,0	1	50,0	32	36,0	0,526
Sim	9	75,0	47	63,0	1	50,0	57	64,0	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

UBS	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Bom Retiro	1	8,5	3	4,1	0	0,0	4	4,8	0,187
Boracéia	2	16,7	3	4,0	0	0,0	5	5,6	
Caxingui	0	0,0	1	1,3	1	50,0	2	2,2	
Centro Saúde Escola (CSE)	0	0,0	3	4,0	0	0,0	3	3,4	
Humaitá	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1	
Jardim DAbril	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
Jardim Jaqueline	1	8,3	2	2,7	0	0,0	3	3,4	
José Marcílio Malta Cardoso	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Jardim São Jorge	0	0,0	14	18,7	0	0,0	14	15,7	
Nossa Sr ^a do Brasil	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Paulo VI	1	8,3	14	18,7	1	50,0	16	18,0	
Real Parque	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
República	1	8,3	1	1,3	0	0,0	2	2,2	
Rio Pequeno	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
Santa Cecília	0	0,0	5	6,7	0	0,0	5	5,6	
Sé	4	33,3	16	21,3	0	0,0	20	22,5	
Vila Angelo	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Vila Borges	0	0,0	3	4,0	0	0,0	3	3,4	
Vila Dalva	1	8,3	1	1,3	0	0,0	2	2,2	
Vila Jaraguá	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Sexo	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Feminino	2	17,0	20	27,0	0	0,0	22	25,0	0,722
Masculino	10	83,0	55	73,0	2	100,0	67	75,0	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Renda Familiar	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1 coleta	8	67,0	23	30,7	1	50,0	32	36,0	0,101
Insuficiente	2	17,0	23	30,7	0	0,0	25	28,1	
Pouco suficiente	2	17,0	28	37,3	1	50,0	31	34,8	
Suficiente	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Missing	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Tipo TB	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ganglionar	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,2	0,711
Pleural	1	8,3	3	4,0	0	0,0	4	4,5	
Pulmonar	11	91,7	68	90,7	2	100,0	81	91,0	
Pulmonar e Ganglionar	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Pulmonar e Pleural	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Faltas 1 coleta	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	10	83,0	66	88,0	2	100,0	78	88,0	0,645
Sim	2	17,0	9	12,0	0	0,0	11	12,0	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

HIV	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Andamento	1	8,4	15	19,9	0	0,0	16	17,9	0,315
Ignorado	1	8,3	2	2,7	0	0,0	3	3,4	
Negativo	10	83,3	50	66,7	2	100,0	62	69,7	
Positivo	0	0,0	8	10,7	0	0,0	8	9,0	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Escolaridade	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ensino médio completo	3	25,0	11	14,7	0	0,0	14	15,8	0,791
Ensino médio incompleto	0	0,0	10	13,3	0	0,0	10	11,2	
Fundamental completo	2	17,0	14	18,7	1	50,0	17	19,1	
Fundamental incompleto	7	58,0	34	45,3	1	50,0	42	47,2	
Não alfabetizado	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
Pós-graduação	0	0,0	3	4,0	0	0,0	3	3,4	
Superior completo	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Estava trabalhando no momento 1	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	9	75,0	47	63,0	0	0,0	56	63,0	0,526
Sim	3	25,0	28	37,0	2	100,0	33	37,0	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Trabalho - Bico – 1 coleta	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	9	75,0	65	87,0	2	100,0	76	85,0	0,378
Sim	3	25,0	10	13,0	0	0,0	13	15,0	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Religião 1 coleta	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Acredita em Deus	0	0,1	2	2,6	0	0,0	2	2,3	0,104
Católica	7	58,3	44	58,7	0	0,0	51	57,3	
Evangélica	1	8,3	20	26,7	1	50,0	22	24,7	
Não tem religião	3	25,0	9	12,0	0	0,0	12	13,5	
Protestante	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1	
Testemunha de Jeová	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	1,1	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Ocupação profissão 1	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1.Dono de restaurante/lanchonete – conta própria	0	0,0	2	3,3	0	0,0	2	3,4	0,661
2. Pedreiro	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
3.Cozinheiro de restaurante/ajudante de cozinha	0	0,0	4	5,3	0	0,0	4	4,5	
4.Ajudante geral/aux de serviços gerais	2	16,7	5	6,7	0	0,0	7	7,9	
5.Oceanógrafo físico	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
6.Promotor de vendas	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
7.Vendedor ambulante	2	16,7	4	5,3	0	0,0	6	6,7	
8.Pintor a picel e rolo/aplicador de resina	0	0,0	6	8,0	0	0,0	6	6,7	
9.Ferrador de animais (equinos)	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
10.Operador de máquina	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
11.Auxiliar de limpeza	0	0,0	3	4,0	0	0,0	3	3,4	
12.Cobrador de transportes coletivos	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
13.Caseiro	0	0,0	1	1,3	1	50,0	2	2,2	
14.Aposentado	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
15.Empregado doméstico diarista	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
16.Corretor de imóveis	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
17.Controlador de entrada e saída	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
18. Costureira em geral	1	8,3	7	9,3	0	0,0	8	9,0	
19.Vigilantes e guardas de segurança	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
20.Auxiliar de quadra de esporte	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
21.Operador de CNC	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
22.Encarregado de expedição (Almoxarife)	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
23.Do lar	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1	
24.Limpador de vidros	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
25.Carregador de madeira	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	1,1	
26.Cabeleireiro	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
27.Caminhoneiro	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
28.Gesseiro	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
29. Auxiliar de mecânico de autos	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
32. Padeiro/confeiteiro	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
33. Profissional do sexo	1	8,3	1	1,3	0	0,0	2	2,2	
34. Entregador de pizza	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
35.Autônomo/vendedor autônomo	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
36.Analista contábil	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
37.Eletricista	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
38.Músico	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
39.Marteleiro	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
40.Trabalhador de reciclagem	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
42.Porteiro/zelador de edifício	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,2	
43.Funileiro de automóvel	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
44.Garçon	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1	
46.Artesão	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1	
47.Não tem ocupação	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1	
48.Carpinteiro/marceneiro	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
49.Analista de marketing	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
52.Vendedor	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
99. Outros	2	16,7	2	2,7	0	0,0	4	4,5	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Transporte p/ UBS 1	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A pé	11	91,7	61	81,4	2	100,0	74	83,2	1
Bicicleta	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Carona de ônibus	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Carro	1	8,3	6	8,0	0	0,0	7	7,9	
Moto	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Ônibus	0	0,0	5	6,7	0	0,0	5	5,6	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Uso de droga 2	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	3	60,0	49	92,4	1	50,0	53	89,8	0,078
Parou devido à doença	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,7	
Sim	2	40,0	3	5,7	0	0,0	5	8,5	
Total	5	100,0	53	100,0	1	100,0	59	100,0	

Doença Associada 1	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	5	42,0	46	61,4	1	50,0	52	58,5	0,323
Não sabe	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,1	
Sim	7	58,0	28	37,3	1	50,0	36	40,4	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

Toma outra medicação 1	Não aderiu		Aderiu		Missing		Total		p-valor (Fisher)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	7	58,0	57	76,0	2	100,0	66	74,0	0,288
Sim	5	42,0	18	24,0	0	0,0	23	26,0	
Total	12	100,0	75	100,0	2	100,0	89	100,0	

APÊNDICE 7

1. Caracterização do paciente.

Identificação: _____ Idade: _____ Sexo: Feminino () Masculino ()

Supervisão Técnica de Saúde: Butantã () Sé () Lapa/Pinheiros ()

Faltas ocorridas durante o período de monitoramento do paciente? () Sim () Não.

Ano 2011	Registrar as faltas por mês / Por que faltou? Observações importantes.
Janeiro	
Fevereiro	
Março	
Abril	
Maio	
Junho	
Júlio	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	

Data de início do tratamento: _____.

Data de aplicação do questionário: _____ Responsável: _____

15. Após os seis meses de monitoramento, qual condição do tratamento do pacientes?

Cura () Transferência (). Por que? _____ Óbito () Abandono () TBMDR ()

2. IMAT-TB- Instrumento de Marcadores da Adesão ao Tratamento da Tuberculose					
Escores	Perguntas	1	2	3	Total
Dimensão 1- Vida e contexto familiar					
Vida (situação de moradia/ conviver com familiares)	Com quem o Sr.(a) está morando neste momento? Vive sozinho () Familiares () Ninguém () Outra situação () Qual? _____	Pessoa vive em situação de rua/ albergue	Vive sozinho	Vive com outras pessoas	
Apoio por parte da família	O Sr.(a) tem algum apoio da família para o tratamento? (atenção: Insistir na pergunta caso os pacientes não queiram apoio da família. Se os familiares apóiam mesmo assim) *apoio no sentido de ajuda de alguma forma: -enfrentamento da doença () -financeiro () afetivo () Outros: _____	Paciente manifesta que familiares não o (a) apóiam no tratamento/ou paciente não tem familiar/mora na rua	Paciente manifesta que familiares algumas vezes o (a) apóiam no tratamento.	Paciente manifesta que familiares sempre o (a) apóiam no tratamento	

Dimensão 2- Trabalho e processo saúde doença					
Trabalho (condição empregatícia)	<p>Está trabalhando nesse momento?</p> <p>Sim () Não () Por que?</p> <p>() afastamento devido à doença</p> <p>() Desemprego</p> <p>() Nunca trabalhou /estudante</p> <p>() Do lar</p> <p>Profissão/ocupação? _____</p> <p>Com quem compartilha a renda? _____</p>	Não tem trabalho	Trabalha mas não é fixo. Faz bico em quem? _____	<p>Tem trabalho fixo *</p> <p>Registro em carteira: Sim () Não ()</p> <p>*regularidade em trabalhar durante a semana</p>	
Doenças Associadas.	<p>Além da Tuberculose, o Sr. (a) tem alguma outra doença?</p> <p>Sim () Qual? _____</p> <p>Não informou ()</p> <p>Toma outra medicação? Qual? _____</p> <p>() droga, () álcool () tabaco</p>	Tem doença associada à tuberculose e tem que tomar outras medicações, também.	Tem doença associada à tuberculose, mas não tem que tomar medicação	Não tem doença associada à tuberculose.	
Informou sobre a doença para alguém	<p>O Sr.(a) falou que está com tuberculose para alguém (família, amigos/colegas?)</p> <p>Por que? _____</p>	Não informou a ninguém sobre a doença	Informou aos familiares a respeito da doença	Informou aos familiares e outros (amigos e colegas de trabalho) a respeito da doença	
Dimensão 3- Apoio no contexto do serviço de saúde					
Vínculo/ Acolhimento na UBS: ser ouvido	<p>Como o Sr.(a) se sente quando fala dos problemas de saúde aqui neste serviço de saúde?</p> <p>- Sente que é ouvido?</p> <p>Sim () Não ()</p> <p>-Porque não falou? _____</p>	Manifesta que seus problemas de saúde não são ouvidos pelos profissionais de saúde da UBS.	Manifesta que seus problemas de saúde algumas vezes são ouvidos pelos profissionais de saúde da UBS	Manifesta que seus problemas de saúde sempre são ouvidos pelos profissionais de saúde da UBS	
Apoio na UBS	<p>O Sr.(a) tem algum apoio deste serviço de saúde para o tratamento? Que apoio recebe dos profissionais de saúde?</p> <p>_____</p> <p>O Sr(a) recebe algum incentivo na UBS?</p> <p>-Lanche ()</p> <p>-Cesta-básica ()</p> <p>-Passe para transporte ()</p> <p>-Outro. Qual? _____</p>	Paciente manifesta que não há apoio no serviço de saúde para o tratamento	Paciente manifesta que alguns profissionais de saúde o (a) apóiam no tratamento e algumas vezes conta com incentivos	Paciente manifesta que os profissionais de saúde sempre o (a) apóiam no tratamento e conta com incentivos	
Interpretação dos pontos obtidos		<p>>18 – boa adesão</p> <p>≤ 18 – baixa adesão</p>			