UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUDMILLA LEIDIANNE LIMIRIO SOUZA

Tuberculose multidroga-resistente, seus determinantes, estratégias para adesão dos pacientes e equidade na era COVID-19: Uma análise sob a percepção dos profissionais de saúde (Brasil, 2020)

Ribeirão Preto
2021

LUDMILLA LEIDIANNE LIMIRIO SOUZA

Tuberculose multidroga-resistente, seus determinantes, estratégias para adesão dos pacientes e equidade na era COVID-19: Uma análise sob a percepção dos profissionais de saúde (Brasil, 2020)

VERSÃO ORIGINAL

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

Linha de pesquisa: Processo saúde-doença e epidemiologia

Orientador: Ricardo Alexandre Arcêncio

Coorientadora: Juliane de Almeida Crispim

Ribeirão Preto
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

FICHA CARTOGRÁFICA

Serviço de Biblioteca e Documentação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Souza, Ludmilla Leidianne Limirio
Tuberculose multidroga-resistente, seus determinantes, estratégias para adesão dos pacientes e equidade na era COVID-19: Uma análise sob a percepção dos profissionais de saúde (Brasil, 2020). Ribeirão Preto, 2021. 101p: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Ricardo Alexandre Arcêncio

1. Tuberculose. 2. Tuberculose Multidroga-Resistente. 3.COVID-19. 4. Pesquisa Qualitativa 5.Determinantes Sociais da Saúde.

SOUZA, Ludmilla Leidianne Limirio

Tuberculose multidroga-resistente, seus determinantes, estratégias para adesão dos pacientes e equidade na era COVID-19: Uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde (Brasil, 2020)

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

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

A **Deus**, por sempre estar comigo, dispensando sua graça sobre minha vida

Aos **meus pais**, Wislene e Ailton, por serem minha fortaleza em meio ao caos, por acreditarem em mim sempre

Aos **meus irmãos** Lenniston e Letícia por sua preocupação, amor e união

Agradecimentos

A **DEUS** por ser meu apoio, sempre estar comigo, por me orientar nas minhas decisões, por sempre me ouvir. Por seu amor incondicional. Por todas as bênçãos concedidas.

A **mim** por nunca ter desistido, apesar de todas as dificuldades encontradas no caminho.

Aos meus pais, **Wislene Veloso Limirio Souza** e **Ailton Ferreira de Souza**, que sempre fizeram tudo por mim, por se desdobrarem para que eu pudesse ir atrás dos meus objetivos de vida. Se não fosse todo esforço de vocês, todo suor, eu não estaria aqui. Muito obrigada por tudo, muito obrigada por serem luz em minha vida. Deus não poderia ter me dado pais melhores.

Aos meus irmãos **Lenniston Iury Limirio Souza** e **Letícia Vitória Limirio Souza**. Vocês são os amores da minha vida. Não conseguiria sem vocês.

À minha amada avó **Lenita Veloso Limirio** (*In Memoriam*), por sempre acreditar em meu potencial e me apoiar. Acredito que ficaria muito feliz com mais essa conquista. Levarei sempre em meu coração.

Ao meu avô, **Wilson Rodrigues Limirio** e sua esposa **Dinorá Meirelles**, que em meio a todas as dificuldades sempre me auxiliaram e intercederam por mim.

Ao Prof. Dr. **Ricardo Alexandre Arcêncio** por me receber em seu grupo de pesquisa desde a Iniciação Científica e pela orientação durante o mestrado. Por todos os aprendizados concedidos. O senhor teve importância significativa no meu desenvolvimento acadêmico.

À **Profa. Dra. Juliane de Almeida Crispim,** por aceitar a me coorientar e por me auxiliar nesse processo. Agradeço por fazer parte desta realização.

À minha amiga e irmã **Marina Tomazela**, que desde a graduação esteve comigo nos bons e maus momentos me apoiando e sempre me amparando quando me sentia só e angustiada. Agradeço muito por todo carinho que teve e tem comigo.

À minha amiga **Maria Lorena Teodoro**, um exemplo de dedicação. Agradeço imensamente por tudo, você tem uma parcela significante nesse processo.

Ao meu amigo e colega de grupo **Felipe Lima dos Santos,** por toda foça dispensada durante esse período da minha vida. Te conhecer e conviver contigo foi um dos melhores presentes que a vida pode me oferecer. Te levarei para toda vida.

Ao meu amigo e colega de grupo **Alexandre Tadashi Inomata Bruce,** agradeço imensamente por todos os momentos partilhados de dores e alegrias, por toda força, todas as palavras de ânimo. Tenho orgulho do homem que você é.

Ao meu amigo e colega de grupo **Yan Mathias Alves**, que tive o prazer de me aproximar durante o mestrado, minha dupla nas atividades, que sempre esteve comigo nos momentos mais difíceis e também em alguns bem legais. Você é muito especial para mim.

À amiga e suporte operacional do grupo **Clara Ferreira de Souza**, por sempre ter cuidado de mim e me amparado nos piores momentos durante esse processo, por ser uma pessoa maravilhosa, amiga, conselheira.

Aos colegas de grupo e parceiros de pesquisa **Antônio Carlos Vieira Ramos, Thais Zamboni Berra, Luiz Henrique Arroyo, Luana Seles Alves, Profa. Dra. Mellina Yamamura, Profa. Dra. Regina Célia Fiorati, Profa. Dra. Ione Carvalho e Profa. Dra. Aline Monroe.** Agradeço pelo incentivo durante o mestrado e parcerias nos trabalhos científicos.

À amiga **Suziane de Aguiar Brito**, por toda ajuda e companheirismo desde sempre. Obrigada por ser luz em minha vida

Aos amigos que sempre estiveram presentes de alguma forma nesta jornada **Priscila, Ricardo Filho, Iara,** entre outros**.** Apesar da distância ocasionada pela situação de pandemia em que nos encontramos cada um tem sua importância nesse processo. Agradeço pelo apoio, pelas risadas, pelas escutas, por tudo! Vocês foram essenciais.

Aos membros do **Grupo de Estudo Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB)**, pelo acolhimento, trocas e conhecimentos transmitidos.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, minha segunda casa desde 2015, aos docentes que auxiliaram em minha formação e funcionários que estiveram sempre dispostos a ajudar.

Ao **Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública**, através de suas coordenadoras, aos docentes credenciados e ao corpo técnico que trabalham para mantê-lo um programa de excelência.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** pela concessão de bolsa de Mestrado [Processo 130160/2020-2] para execução desta pesquisa e à FAPESP - auxílio regular (Processo 2018/14337-0).

A todos os **profissionais da saúde** que mesmo estando sobrecarregados físico e mentalmente pela pandemia, aceitaram a participar dessa pesquisa.

A todos os **pacientes acometidos pela tuberculose multidroga-resistente**. Desejo resiliência nesses tempos difíceis.

A **todos** aqueles que deixei de citar, mas que, direta ou indiretamente, tornaram possível a concretização deste trabalho.

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

Entregue os teus caminhos nas mãos do senhor,
confia nele, e o mais ele fará.

Salmos 37:5

RESUMO

SOUZA, Ludmilla Leidianne Limirio. **Tuberculose multidroga - resistente, seus determinantes, estratégias para adesão dos pacientes e equidade na era COVID-19: Uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde (Brasil, 2020)**. 2021, 101p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: A tuberculose multidroga-resistente (TB-MDR) é um fenômeno grave em escala global, e muitos desafios são enfrentados no Brasil para a prevenção do surgimento de novos casos, e ainda garantir o sucesso de tratamento entre aqueles diagnosticados, e diante da pandemia da COVID-19 isso se tornou ainda mais complexo. Assim, o estudo objetivou compreender os determinantes da tuberculose multidroga-resistente segundo a percepção dos profissionais de saúde, que prestam cuidado direto a pacientes sob essa condição de saúde, e ainda os desafios e ou estratégias para adesão, considerando o contexto da pandemia da COVID-19 em município prioritário para o controle da doença no estado de São Paulo, Brasil. **Métodos:** Realizou-se um estudo qualitativo, com recrutamento intencional, de quatorze profissionais de saúde, sendo quatro médicos, três enfermeiras, três técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem e uma assistente social, que estavam na linha de frente no cuidado aos pacientes com TB-MDR. Aplicou-se entrevistas semiestruturadas remotas com esses profissionais, orientadas por roteiro estruturado. Para a análise dos dados, aplicou-se a análise de conteúdo modalidade temática, de acordo com referencial teórico dos determinantes sociais da saúde. **Resultados:** Os profissionais referem como principal causa da TB-MDR, a adquirida, devido à situação de pobreza, desigualdade e privação social. Em relação à pandemia COVID-19, os profissionais revelaram interferência no acompanhamento/ seguimento dos pacientes, o que pode prejudicar na sua conclusão do tratamento e transmissão comunitária. Verificou-se ainda, cortes nos auxílios e ou benefícios sociais que cobriam os pacientes, recursos importantes para a equidade em saúde e adesão ao tratamento. Os profissionais relataram preocupações quanto ao adoecimento das pessoas, também por COVID-19, e assim vêm adotando estratégias para que isso não ocorra, com reforço à estratégia DOTS. **Conclusão:** O estudo avança no conhecimento ao evidenciar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde para a adesão de pacientes com TB-MDR em um contexto agravado pela pandemia. As estratégias definidas por esses profissionais de saúde têm garantido o alcance da equidade e evitado o encontro catastrófico entre TB-MDR e COVID-19.

Palavras-chave: Tuberculose; Tuberculose multidroga-resistente; COVID-19; Pesquisa qualitativa; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

SOUZA, Ludmilla Leidianne Limirio. **Multidrug-resistant tuberculosis, its determinants, strategies for patient compliance and equity in the COVID-19 era: An analysis from the perspective of health professionals (Brazil, 2020)** 2021, 101p. Dissertation (Master's), Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) is a serious phenomenon on a global scale, and many challenges are faced in Brazil to prevent the emergence of new cases, and to ensure the success of treatment among those diagnosed, and in the face of pandemic of COVID-19, this has become even more complex. Thus, the study aimed to understand the determinants of multidrug-resistant tuberculosis according to the perception of health professionals, who provide direct care to patients under this health condition, and also the challenges and / or strategies for adherence, considering the context of the COVID-19 pandemic in a priority municipality for disease control in the state of São Paulo, Brazil. **Methods:** A qualitative study was carried out, with intentional recruitment, of fourteen health professionals, four doctors, three nurses, three nursing technicians, three nursing assistants and a social worker, who were at the forefront in patient care with TB-MDR. Remote semi-structured interviews were applied with these professionals, guided by a structured script. For data analysis, thematic modality content analysis was applied, according to the theoretical framework of the social determinants of health. **Results:** Professionals refer to acquired as the main cause of MDR-TB, due to the situation of poverty, inequality and social deprivation. In relation to the COVID-19 pandemic, the professionals revealed interference in the follow-up / follow-up of patients, which can impair their conclusion of treatment and community transmission. There were also cuts in aid and / or social benefits that covered patients, important resources for equity in health and adherence to treatment. The professionals reported concerns about people's illness, also due to COVID-19, and so they have been adopting strategies so that this does not happen, reinforcing the DOTS strategy. **Conclusion:** The study advances in knowledge by highlighting the challenges faced by the health system for the adherence of patients with MDR-TB in a context aggravated by the pandemic. The strategies defined by these health professionals have ensured the achievement of equity and avoided the catastrophic encounter between TB-MDR and COVID-19.

Keywords: Tuberculosis; Multidrug-resistant Tuberculosis; COVID-19; Qualitative Research; Social Determinants of Health.

RESUMEN

SOUZA, Ludmilla Leidianne Limirio. **Tuberculosis multirresistente, sus determinantes, estrategias de cumplimiento y equidad del paciente en la era COVID-19: un análisis desde la perspectiva de los profesionales de la salud (Brasil, 2020)** 2021, 101p. Disertación (Mestria), Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introducción: La tuberculosis multirresistente (MDR-TB) es un fenómeno grave a escala mundial, y en Brasil se enfrentan muchos desafíos para prevenir la aparición de nuevos casos, y aún así garantizar el éxito del tratamiento entre los diagnosticados y de cara de la pandemia de COVID-19 esto se ha vuelto aún más complejo. Así, el estudio tuvo como objetivo comprender los determinantes de la tuberculosis multirresistente según la percepción de los profesionales de la salud, que brindan atención directa a los pacientes bajo esta condición de salud, y también los desafíos y / o estrategias de adherencia, considerando el contexto del COVID-19 en un municipio prioritario para el control de enfermedades en el estado de São Paulo, Brasil. **Métodos:** se realizó un estudio cualitativo, con reclutamiento intencional, de catorce profesionales de la salud, cuatro médicos, tres enfermeras, tres técnicos de enfermería, tres auxiliares de enfermería y una trabajadora social, quienes estuvieron a la vanguardia en la atención al paciente con TB-MDR. A estos profesionales se les aplicaron entrevistas semiestructuradas a distancia, guiadas por un guión estructurado. Para el análisis de los datos se aplicó el análisis de contenido por modalidad temática, de acuerdo con el marco teórico de los determinantes sociales de la salud. **Resultados:** Los profesionales refieren como principal causa de TB-MDR, la adquirida, por la situación de pobreza, desigualdad y privación social. En relación a la pandemia de COVID-19, los profesionales revelaron interferencia en el seguimiento / seguimiento de los pacientes, lo que puede perjudicar la conclusión del tratamiento y la transmisión comunitaria. También hubo recortes en las ayudas y / o prestaciones sociales que cubrían a los pacientes, recursos importantes para la equidad en salud y la adherencia al tratamiento. Los profesionales informaron preocupaciones sobre la enfermedad de las personas, también por COVID-19, por lo que han ido adoptando estrategias para que esto no suceda, reforzando la estrategia DOTS. **Conclusión:** El estudio avanza en el conocimiento al resaltar los desafíos que enfrenta el sistema de salud para la adherencia de los pacientes con TB-MDR en un contexto agravado por la pandemia. Las estrategias definidas por estos profesionales de la salud han asegurado el logro de la equidad y evitado el encuentro catastrófico entre TB-MDR y COVID-19.

Palabras llave: Tuberculosis; Tuberculosis multirresistente; COVID-19; Investigación cualitativa; Los determinantes sociales de la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Etapas do processo do mapeamento sistemático..... 32

Figura 2 Fluxograma das fases e seleção dos artigos do mapeamento sistemático..... 37

Figura 3 Determinantes sociais da saúde: Modelo de Dahlgren e Whitehead, 1991..... 47

Figura 4 Modelo proposto no marco conceitual da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, 2010..... 49

Figura 5 Fluxograma de integração das categorias sob estudo..... 72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Componentes da questão de pesquisa, segundo acrômio PICo 33

Quadro 2 Características gerais dos estudos elegidos do mapeamento sistemático da literatura..... 39

Quadro 3 Contexto social do município sob estudo..... 54

Quadro 4 Quadro sinóptico das categorias das questões-chave abordadas nas entrevistas..... 61

Quadro 5 Características dos participantes do estudo de acordo com a categoria profissional e tempo de atuação na Rede de Atenção à Tuberculose..... 64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAAP	Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais (CNDSS)
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAE	Escola de Altos Estudos
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	*Human Immuno deficiency Virus*
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INH	Isoniazida
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação

MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
MSL	Mapeamento Sistemático da Literatura
MSL	Mapeamento Sistemático da Literatura
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento de Ensino
PUB	Programa Unificado de Bolsas
PubMed	US National Library of Medicine National Institutes of Health
RIF	Rifampicina
RR	Risco Relativo
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multidroga-Resistente
TBWeb	Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 23
2. MAPEAMENTO SISTEMÁTICO DA LITERATURA 29
2.1 Processo de Condução do Mapeamento Sistemático 31
2.1.1 Planejamento do mapeamento sistemático 32
2.2 Sumarização dos Resultados do Mapeamento Sistemático 35
2.3 Breve análise dos resultados encontrados no mapeamento sistemático e lacuna do conhecimento 41
3. OBJETIVOS 44
3.1 Objetivo Geral 45
4. QUADRO TEÓRICO 46
5. MÉTODOS 52
5.1 Delineamento da Pesquisa 53
5.2 Cenário da Pesquisa 53
5.3 Participantes da pesquisa 55
5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão 56
5.4 Procedimento de coleta de dados 56
5.4.1 Roteiro Semi estruturado 56
5.4.2 Entrevistas 57
5.4.3 Plano de amostragem: 58
5.5 Tratamento e análise dos dados 59
5.6 Aspectos éticos da pesquisa 62
6. RESULTADOS 63
7. DISCUSSÃO 73
8. CONCLUSÃO 82
REFERÊNCIAS 84
APÊNDICES 92
ANEXOS 98

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha jornada na temática da Tuberculose no ano de 2016, como aluna de Iniciação Científica, durante a graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), quando executei dois projetos financiados subsequentemente, pelo Programa Unificado de Bolsa (PUB) e pela Pró reitoria de Pesquisa da Universidade de São Paulo, ambos na temática da tuberculose, sob orientação do Prof. Ricardo Alexandre Arcêncio. Devido ao interesse na temática, ingressei no Mestrado, que se deu no primeiro semestre de 2019, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sendo contemplado inicialmente com bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), de Treinamento Técnico nível III, e depois com bolsa de mestrado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

No mestrado, cursei disciplinas que contribuíram para a qualificação do meu projeto de pesquisa, tanto nos aspectos teóricos, como metodológicos, acrescentando positivamente na minha formação pessoal e de pesquisadora. Uma das disciplinas, intitulada “Aspectos didáticos e pedagógicos em especialidades clínicos-cirúrgicas”, teve grande importância ao agregar conhecimentos no que se refere a habilidades didáticas, pedagógicas e uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Quanto àquelas de caráter teórico-metodológico, tive a oportunidade de cursar a disciplina intitulada “Introdução aos Métodos Qualitativos”, o que foi relevante para a qualificação do meu projeto de pesquisa.

Além disso, participei como estagiária do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE), junto à disciplina “ERM0213 Integralidade do Cuidado de Saúde II”, oferecida no segundo semestre de 2019, no módulo de Vigilância em Saúde, acompanhando os alunos do quarto período do curso de Bacharelado em Enfermagem. No módulo, tive a oportunidade de participar das atividades teóricas-práticas, aulas expositivas, laboratórios de práticas profissionais e imersões em campo. Para além disso, participei do processo de avaliação dos alunos, orientação de trabalhos individuais, disponibilização dos materiais teóricos e roteiros de prática

das aulas na plataforma digital *moodle*, que contribuiu para compreensão sobre a atuação do docente e o processo ensino-aprendizado.

Também faço destacamento à minha participação como membro do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), de renome internacional, e seu principal objetivo é fomentar a produção de conhecimento interdisciplinar relacionado a novas tecnologias de trabalho que envolvam diversos atores sociais como os usuários, profissionais da saúde, gestores e membros da sociedade, inseridos em específicos contextos sócio, político, econômico e cultural no sistema de serviços de saúde para o controle da tuberculose, considerando abordagens quantitativas e qualitativas.

Ao longo do mestrado, também tive a oportunidade de participar e compor a comissão organizadora e avaliadora da Escola de Altos Estudos (EAE) “Determinantes Sociais e a Equidade no Cuidado em Enfermagem e em Saúde”, evento este subvencionado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pela EERP-USP, favorecendo o processo de internacionalização da Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação na área da Enfermagem, sob a coordenação do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio.

A participação no evento, em conjunto com a disciplina “Determinantes Sociais da Saúde e Epidemiologia Crítica”, foi importante para fomentar a discussão da pesquisa em desenvolvimento, pois foram debatidas questões concernentes aos determinantes sociais e como estes influenciam sobre a saúde das pessoas e das populações mais vulneráveis e, assim, vislumbrar soluções para o enfrentamento das iniquidades/desigualdades em saúde, oferecendo aporte às nossas pesquisas e construção de projetos intencionados na produção de evidências para as decisões no campo das políticas públicas e saúde coletiva.

A experiência trouxe a possibilidade de reflexões sobre a Tuberculose, que, segundo a literatura (WHO, 2011), acomete mais frequentemente populações socialmente vulneráveis e com iniquidade no acesso e uso dos serviços de saúde, portanto os debates na EAE, foram importantes para o refinamento teórico dos nossos estudos. Ainda, como reflexo da nossa dedicação ao GEOTB, e na qualidade de bolsista CNPq, com dedicação exclusiva, pude contribuir na produção científica

do grupo de pesquisa, participando da coautoria de artigos científicos publicados submetidos e de outros em processo de produção, além de resumos encaminhados para congresso científico, principalmente junto à *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, além de participação em coautorias de capítulo de livro.

A pesquisa desenvolvida durante o mestrado tem como objeto a percepção dos profissionais de saúde sobre a tuberculose multidroga-resistente e ainda, as estratégias adotadas por estes profissionais para garantir adesão ao tratamento, que já era bastante desafiadora na era pré-pandemia da COVID-19, mas que se complexifica, no contexto atual. Avançar no conhecimento desse campo tem um efeito portentoso no sentido de nutrir políticas públicas e ações estratégicas no campo da saúde coletiva. Vale ressaltar que essa dissertação é parte de um projeto Projeto Regular FAPESP intitulado “Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga-resistente no estado de São Paulo: Da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes” (Processo 2018/14337-0), sob a coordenação do Prof. Ricardo Alexandre Arcêncio.

Este estudo se refere justamente à percepção dos profissionais de saúde sobre a Tuberculose multidroga-resistente, e sucede um estudo quantitativo, da primeira fase do projeto Regular, com resultado já publicado em um importante periódico da área (ARROYO et al., 2020). O município de Ribeirão Preto foi escolhido por ser município polo, referência no tratamento e acompanhamento da tuberculose multidroga-resistente e classificado como de alto risco na etapa quantitativa do estudo mencionado.

Importante frisar, que os resultados dessa dissertação de mestrado foram submetidos ao periódico *BMC Health Services Research*, prestigiado na área, com um Journal Citation Report - JCR de 2,193. Essa produção foi construída com a participação de pesquisadores nacionais e internacionais, que hoje mantém histórico de cooperação com o GEOTB, e que contribuíram no aprimoramento do nosso estudo, como da Profa. Dra. Inês Fronteira, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (Nova), e da Profa. Dra. Sónia Dias, da Escola Nacional de Saúde Pública, também da Nova. Nosso compromisso enquanto

grupo de pesquisa, sempre dar celeridade à produção, haja vista a importância do tema, em mitigar os efeitos da COVID-19, no contexto da TB-MDR. Com base nas normativas do Programa, que a dissertação está estruturada em introdução, mapeamento sistemático da literatura, objetivos, métodos, resultados, discussão e conclusão.

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch, que pode afetar os pulmões (TB pulmonar) ou outros órgãos (TB extrapulmonar). Permanece como um grave problema de saúde pública, em que apesar dos avanços alcançados para o controle da doença nos últimos anos, seu patamar em escala global ainda tem ocupado níveis críticos, além de estar diretamente relacionada à pobreza, às situações de vulnerabilidade em saúde, aos aglomerados urbanos e às deficiências do Sistema Único de Saúde (SUS) (SHUHAMA; et al, 2017).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a TB é umas das dez principais causas de morte no mundo e principal causa por um único agente infeccioso e, nos últimos cinco anos tem ocupado o primeiro lugar na lista de doenças infecciosas que mais mata, ultrapassando o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), somente perdendo para a COVID-19 (WHO, 2020).

Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que ocorreram 10,4 milhões de casos novos de TB no mundo, se concentrando em áreas e ou territórios de grande vulnerabilidade, especialmente em países pobres, e ou em desenvolvimento como o Brasil. No tocante às políticas para enfrentamento do problema, destaca-se as metas definidas pelas Nações Unidas para o desenvolvimento do milênio, em que o Brasil é signatário, da redução da transmissibilidade e mortalidade até 2050. O Brasil consiste num dos 30 países que concentraram 90% da carga mundial de tuberculose, ocupando a 20ª posição em número de casos novos (WHO, 2017).

No ano de 2014, a TB foi alvo de novas estratégias durante a Assembleia Mundial de Saúde, lançando objetivos e metas para um mundo livre da doença com indicadores de coeficiente de incidência de 10 casos para cada 100 mil habitantes e de mortalidade de 1 caso para cada 100 mil habitantes até o ano de 2035 e consequentemente eliminação da TB até 2050 (WHO, 2017; BRASIL, 2017). Dentre as metas definidas na estratégia *End TB,* destaca-se uma redução de 90% nas mortes por TB e uma redução de 80% na incidência de TB até 2030, em comparação ao ano de 2015.

A situação da TB se torna mais complexa, na medida em que se observa o crescimento da tuberculose multidroga-resistente (TB-MDR), ou seja, resistência a pelo menos dois dos fármacos utilizados no tratamento, a isoniazida e a rifampicina (BAGHAEL; et al, 2016). Segundo a OMS, é estimado um total de 500 mil casos em 2020 desenvolveram resistência à rifampicina, e destes 78% desenvolveram a TB-MDR (WHO, 2020). A TB continua sendo um desafio para os serviços de saúde e o controle dessa doença é considerado mundialmente prioritário (WHO, 2020).

Devido ao baixo percentual de cura (apenas 48%) e alta mortalidade (30%), a TB-MDR tem sido uma séria ameaça à saúde em escala global (SONG; et al, 2016), tornando-se desafios portentosos a elevação das taxas de cura e o impedimento da transmissão comunitária da TB-MDR, quando considerado o contexto da Pandemia da COVID-19. Há evidências de que será uma “catástrofe” o encontro desses dois agravos ou mesmo a ocorrência simultânea dos mesmos (VILBRUN et al., 2020), o que alguns epidemiologistas classificam como verdadeiras Sindemias, dados os contextos de desigualdade social e privação social (FRONTEIRA et al., 2021).

Deve-se destacar, que a COVID-19 deve ser considerada como uma sindemia, e não como pandemia, como equivocadamente classificam alguns países e ou estudos na temática. Sindemia é compreendida como um conjunto de problemas de saúde interligados, que ao envolver duas ou mais complicações, essas se interagem de maneira sinérgica e contribuem para a carga excessiva de doenças em uma população (HOGAN, et al., 2020).

A terminologia sindemia foi cunhada pelo antropólogo médico americano Merrill Singer na década de 1990 para explicar uma situação em que “duas ou mais doenças interagem de tal forma que causam desastres maiores, do que a soma dessas duas doenças”. Deve-se dizer que a interação com o aspecto social é o que faz com que não seja apenas uma comorbidade, mas sim uma sinergia entre dois agravos, o que leva a catástrofes inimagináveis sobre o prisma das iniquidades/ injustiças, lamentavelmente afetando grupos mais fatalmente em desvantagem social, vulneráveis, sem perspectiva de defesa. Portanto para a decisão política e ações estratégicas no campo de saúde coletiva, deve se compreender que o

encontro da TB e da COVID-19, sob uma perspectiva de sindemia, e não comorbidade (SINGER et al., 2017).

No Brasil, a principal forma clínica encontrada da TB-MDR é a adquirida, em 95% dos casos, isso devido ao fato de os pacientes serem sensíveis às drogas iniciais do tratamento, que pelas descontinuidades terapêuticas, se tornam resistentes (BALLESTERO et al., 2020). Dados da OMS mostram que os pacientes chegam a despender 20 vezes mais custos financeiros se comparados àqueles com TB sensível (RAMMA et al., 2015; WHO, 2020).

Segundo a OMS, estima-se um total de 465 mil casos de TB-MDR em 2019, o que equivale a 11% do total de indivíduos que adoecerem por TB mundialmente. Em 2019, dos pacientes que iniciaram tratamento para TB-MDR, apenas 57% completaram o tratamento, 16% abandonaram, 7% tiveram falha no tratamento e 15% foram a óbito (WHO, 2020). Ao comparar com os desfechos nos casos novos ou recidivas da TB sensível, a tendência é que a cura esteja bem acima daquelas métricas observadas entre os casos com TB-MDR, consistindo num dos principais desafios globais da doença (WHO, 2017).

Uma das principais estratégias implementadas no Brasil para adesão ao tratamento da TB, incluindo a TB-MDR, é o Tratamento Diretamente Observado (TDO), considerado um importante aliado no que se refere à garantia da ingestão medicamentosa pelo paciente, realizadas pelos profissionais de saúde das equipes da atenção primária, que além do acompanhamento da ingestão diária dos medicamentos, que auxilia no processo terapêutico do indivíduo em questão (PERUHYPE et al., 2018)

A TB em todas as suas formas clínicas, pulmonar ou extra-pulmonar, é uma doença relacionada com os determinantes sociais, impulsionada por fatores sociais, que incluem a pobreza, condições de vida, desnutrição, dependência de álcool e drogas, estigma, isolamento social, entre outros. A pobreza, no entanto, não afeta apenas os pacientes que sofrem de TB, também molda os programas de controle da TB que deveriam tratá-los. Frequentemente, esses programas carecem de profissionais de saúde capacitados, instalações laboratoriais, medicamentos

eficazes de segunda linha e fundos suficientes para fornecer um melhor atendimento aos pacientes com TB-MDR (LABORÍN-LANIADO, 2018)

É importante frisar a força que tem os determinantes sociais na produção da TB-MDR , e ainda o drama vivido pelos doentes, que muitas vezes são submetidos a tratamentos extensos e complexos e com utilização de fármacos de alto potencial tóxico podendo levar a piores prognósticos e como consequência, gastos elevados para o sistema público de saúde. Quanto aos determinantes da TB-MDR, eles podem ser compreendidos no nível individual (idade, sexo, nível educacional), comportamentais (abuso de substâncias, tabagismo, etilismo), clínicas (HIV), histórico de tratamento prévio, tipo de resistência, acesso aos serviços de saúde, proteção social e o contexto social (LÖNNROTH, 2016).

A atuação e a prática clínica do profissional responsável no manejo da TB-MDR, devem ser sensíveis aos determinantes da TB-MDR, e portanto, transcender os aspectos biomédicos, incorporando a subjetividade do acesso, da acessibilidade, vínculo, acolhimento, projetos terapêuticos singulares, necessidades de saúde, adesão, entre outros (RAKESH et al., 2017). Acresce-se à essa compreensão os sentidos e as experiências do profissional de saúde, que estão na linha de frente do cuidado, podendo contribuir para avanço e equidade no contexto da atenção à TB-MDR (GONZALEZ REY; GUZZO, 2003).

O conhecimento da dimensão subjetiva de profissionais de saúde que atuam no manejo clínico dos doentes com TB-MDR, por meio das experiências e subjetividades do universo da prática e do cuidado, poderá propiciar um avanço nesta área ao evidenciar os pontos críticos dos serviços de saúde, programas de proteção social e ou suas estratégias de superação e ou enfrentamento (GONZALEZ REY; GUZZO, 2003). Entende-se que trazer os profissionais, a sua compreensão e simbologias sobre TB-MDR, é relevante para se pensar estratégias de cuidado, consonante à realidade e necessidades das pessoas afetas pela TB-MDR e também mais próximo ao contexto dos serviços de saúde, com vias a maior adesão ao tratamento e adequado manejo clínico dos casos.

A TB-MDR é uma condição complexa devido às manifestações clínicas, tratamento, capacidade de disseminação e a dificuldade no manejo dos pacientes

com tratamento prolongado. Observam-se importantes estudos conduzidos para entender os desafios da atenção à TB sob a perspectiva do profissional, seja em termos da qualidade da assistência (MESFIN et al., 2009) e ou satisfação profissional e do paciente (NEZENEGA et al., 2013), todavia não foram publicados estudos que fazem relação da TB-MDR, COVID-19 e a percepção dos profissionais de saúde, evidenciando uma importante lacuna de conhecimentos, isso certificado por um Mapeamento Sistemático da Literatura, como será destacado na seção a seguir.

Sobre a relevância do estudo, é importante que seja feita uma análise dentro do contexto da COVID-19, até para se ter conhecimento de quais medidas adotadas pelos profissionais vêm sendo implementadas para que não haja o encontro catastrófico entre esses dois agravos, e para que os pacientes continuem seus tratamentos, sob pena de disseminação comunitária da TB-MDR, que assim como a COVID-19, o que seria bastante grave e oneroso para o sistema de saúde.

2. MAPEAMENTO SISTEMÁTICO DA LITERATURA

As revisões sistemáticas da literatura (RSL) podem ser definidas como pesquisas que possuem o objetivo de realizar a identificação, avaliação e interpretação de todas as pesquisas disponíveis sobre a temática estudada e que possuem relevância para uma questão particular de pesquisa. As RSLs utilizam de uma abordagem científica, transparente e replicável (KHAN et al., 2001; KITCHENHAM, 2011).

Além das RSLs, há também os Mapeamentos Sistemáticos de literatura (MSL) que podem ser definidos como um método para elaborar uma estrutura de classificação e em um campo de interesse (PETERSEN et al., 2008).

Kitchenham et al. (2011) consideram RSL e MSL como parte das revisões da literatura. De acordo com os autores, as RSLs agregam resultados relacionados a uma questão de pesquisa específica, enquanto MSLs objetiva encontrar e classificar os estudos primários em um tópico, fazendo com que tenha um caráter de pesquisa mais generalizada e podem ser usados para identificar a literatura disponível antes de se realizar RSLs convencionais. Além disso, visa prover uma visão geral de um tópico de pesquisa mais amplo e identificar tanto *clusters* de estudos que podem ser apropriados para estudos mais detalhados a serem feitos por meio de uma RSL, quanto sub tópicos em que mais estudos primários são necessários. Assim, o principal objetivo dos MSL é fornecer uma visão geral de um tema em específico, pois permite identificar a quantidade, o tipo de pesquisas e resultados disponíveis dentro dela (PETERSEN, 2008; KITCHENHAM, 2007; CRUZ-BENITO, 2016; KITCHENHAM et al., 2011).

Estudos com esta abordagem vêm sendo utilizados para identificar evidências e auxiliar no direcionamento de políticas e pesquisas futuras. Podem ser utilizados para a tomada de decisões baseadas em evidências e têm se destacado no campo da saúde. A aplicação do MSL auxilia o pesquisador quanto ao entendimento sobre o seu objeto a partir das hipóteses levantadas sobre o tema e, com isso, faz-se um levantamento de literatura sobre o assunto, buscando evidências para corroborar ou refutar a hipótese (LANGØIEN et al., 2017; OSEI- KWASI et al, 2016; FILBY; MCCONVILLE; BOOKER; SHAW; PURDY, 2015).

O MSL permite coletar, descrever e catalogar evidências, por através da aplicação de métodos científicos robustos, replicáveis e transparentes (JAMES; RANDALL; HADDAWAY, 2016). Os MSL possuem a finalidade de categorizar a literatura de acordo com fatores como o desenho do estudo, objetivo e outros fatores de interesse. Além disso, os mapas podem ser aplicados às questões mais amplas, sintetizando estudos potencialmente díspares que não puderam ser diretamente comparados via metanálise (GRANT; BOOTH,2009).

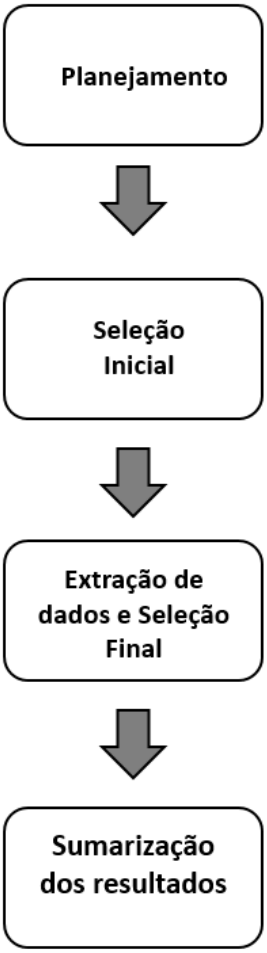
Mapeamentos anteriores sobre a temática demostraram a conveniência deste método a fim de mostrar a utilidade do mesmo para subsidiar o conhecimento em relação a doença e a complexidade da mesma (SHAWENO et al., 2018; CRAIG *et al*.,2017).

Com isso, a motivação por realizar o MSL se dá, principalmente, pela necessidade de investigar na literatura estudos que abordam a percepção dos profissionais quanto aos determinantes da TB-MDR, desta forma pode-se verificar a originalidade do trabalho científico, considerando as produções até o atual momento e, contudo, averiguar a existência de possíveis lacunas do conhecimento.

2.1 Processo de Condução do Mapeamento Sistemático

A condução do MSL de dá a partir de etapas interativas, tornando o processo metodológico de caracterização passível de correções e ajustes, eliminando dubiedades ou vieses geralmente presentes em uma condução estática. Na Figura 1 estão apresentadas as quatro etapas do processo do mapeamento sistemático.

Figura 1 - Etapas do processo do mapeamento sistemático.



Fonte: Adaptada de Fabbri et al., (2013).

As etapas do mapeamento sistemático estão detalhadas abaixo:

2.1.1 Planejamento do mapeamento sistemático

I. a) Objetivo

Identificar as evidências científicas que abordam as possíveis causas e ou determinantes sociais da TB-MDR sob a percepção dos profissionais de saúde.

I. b) Questões de pesquisa

A questão de pesquisa principal foi formulada de acordo com a estratégia "PICo" (Paciente, Interesse e Contexto, a qual foi adaptada para este estudo) (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007). Os componentes da questão de pesquisa, segundo o acrônimo "PICo", estão evidenciados no Quadro 1, abaixo.

Quadro 1 – Componentes da questão de pesquisa, segundo acrômio PICo

Descrição	Abreviação	Componentes da pesquisa
População	P	Profissionais de Saúde
Interesse	I	Determinantes Sociais da Saúde
Contexto	Co	TB-MDR

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dessa maneira, a questão de pesquisa que norteou este mapeamento foi a seguinte: Quais os determinantes sociais da saúde estão associados à TB-MDR, segundo a percepção dos profissionais de saúde?

I. c) Bases de Dados

Foram utilizadas as bases de dados MEDLINE *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* via PubMed (*US National Library of Medicine* – acesso via: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/); LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde –acesso via: http://lilacs.bvsalud.org/); Embase (acesso via: https://www.embase.com/#search), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde – acesso via: http://bvsalud.org/) e Scopus (acesso via:https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic).

Vale ressaltar que as bases de dados utilizadas foram as disponibilizadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e serão

acessadas através dos serviços de conteúdo (*Proxy*) da Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto.

I. d) Estratégia de Busca

Para a elaboração da estratégia de busca utilizou-se os termos Mesh *(Medical Subject Headings*) e DeCS (Descritores de Ciências da Saúde) em combinação com palavras-chave e os operadores booleanos *AND* e *OR*.

Foram utilizados os descritores: “Tuberculosis, Multidrug-Resistant”; “Health Personnel” e “Health Services”, assim como suas respectivas versões em português e espanhol. Durante a tentativas de buscas nas bases de dados foram realizados diversos cruzamentos de descritores e também palavras chaves, porém não houve sucesso na busca, então, com a utilização desses descritores citados anteriormente foi possível a realização da busca com êxito.

I. e) Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no MSL estudos que tiveram a TB-MDR como objeto central de estudo, que analisaram a perspectiva dos profissionais de saúde.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: literatura com seres humanos; nos idiomas inglês, português ou espanhol; sem limite temporal estabelecido; estar disponível na íntegra e ser artigo científico. Também foi considerado a leitura das referências dos artigos selecionados.

Já como critérios estabelecidos como exclusão, foram: estar escrito em outros idiomas que não seja inglês, português ou espanhol; o artigo não estar disponível na íntegra e teses/dissertações e/ou literatura cinza.

II. Seleção Inicial

Foram selecionados artigos que apresentam informações no título, resumo e palavras-chave relacionadas à questão de pesquisa principal. Foram excluídos os artigos duplicados. Para cada estudo que foi incluído ou excluído foi selecionado pelo menos um critério (Inclusão ou Exclusão).

III. Extração e seleção final

Considerando que a leitura das informações contidas no título, resumo e palavras-chave não são suficientes para identificar se o estudo é relevante para a pesquisa, foi realizada a leitura dos artigos na íntegra. Desse modo, para verificar a elegibilidade dos estudos, foi realizada uma análise mais minuciosa de cada artigo incluído na seleção inicial, a fim de identificar e extrair dados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, bem como obter as respostas para a questão de pesquisa anteriormente formulada.

IV. Síntese dos estudos

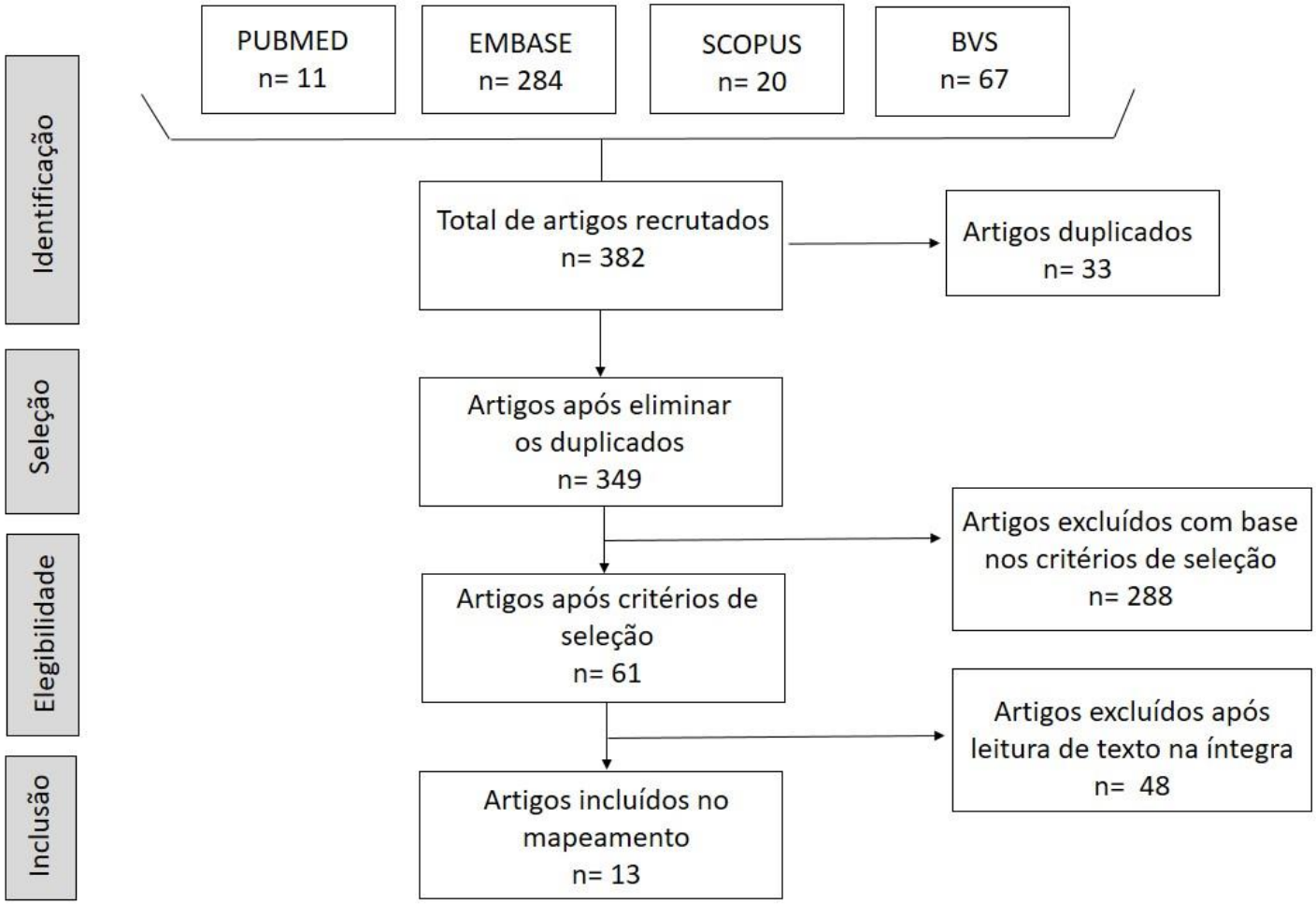
Os estudos incluídos na seleção final foram catalogados de modo que os resultados do mapeamento sistemático pudesse ser melhor visualizados e compreendidos. Uma tabela com a sumarização dos artigos finais foi construída contendo um código de identificação para facilitar a referência aos estudos listados no decorrer do texto, os autores, título, ano bom como periódico de publicação.

2.2 Sumarização dos Resultados do Mapeamento Sistemático

O mapeamento sistemático foi realizado conforme protocolo descrito anteriormente. A partir das *strings* e fontes definidas, as buscas primárias retornaram um total de 382 estudos, nos quais11 foram identificados no Pubmed, 67 na BVS e 284 na Embase e 20 na Scopus. Durante a fase de

identificação foram excluídos 33 estudos duplicados e durante a seleção inicial foram eliminados 288 estudos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos no protocolo. Para fase de elegibilidade foram selecionados 61 estudos e, assim, após a leitura completa do texto foram incluídos13 estudos. A Figura 2 ilustra as etapas seguidas para a condução do mapeamento com os respectivos resultados.

Figura 2 –Fluxograma das fases e seleções dos artigos do mapeamento sistemático.



Fonte: Adaptado do diagrama de recomendação PRISMA (2015)

O conjunto de artigos que compõem esse mapeamento foi selecionado de modo a responder à questão principal mencionada como o objetivo do mapeamento sistemático na etapa do protocolo de condução, desta maneira o Quadro 2 comtempla, respectivamente, as seguintes informações: identificador do estudo, autores, título, ano de publicação e periódico.

Quadro 2 - Características gerais dos estudos elegidos do mapeamento sistemático da literatura.

(Continua)

Identificador do Estudo	Autores	Título do Artigo	Ano de Publicação	Periódico
#E01	Deshmukh et al	Social support a key factor for adherence to multidrug-resistant tuberculosis treatment	2018	Indian Journal of Tuberculosis
#E02	Deshmukh et al	Patient and provider reported reasons for lost to follow up in MDRTB treatment: A qualitative study from a drug resistant TB Centre in India	2015	PLoS ONE
#E03	Lisboa et al	National TB program shortages as potential factor for poor-quality TB care cascade: Health care workers' perspective from Beira, Mozambique	2020	PLoS ONE
#E04	McNally et al	Improving outcomes for multi-drug-resistant tuberculosis in the Peruvian Amazon -a qualitative study exploring the experiences and perceptions of patients and health care professionals.	2019	BMC Health Services Research
#E05	Hutchison et al	Financial barriers and coping strategies: a qualitative study of accessing multidrug-resistant tuberculosis and tuberculosis care in Yunnan, China.	2017	BMC Public Health
#E06	Mussie et al	Exploring local realities: Perceptions and experiences of health care worker son the management and control of drug-resistant tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia.	2019	PloS ONE
#E07	Probandari et al	Being safe, feeling safe, and stigmatizing attitude among primary health care staff in providing multidrug-resistant tuberculosis care in Bantul District, Yogyakarta Province, Indonesia.	2019	Hum Resour Health
#E08	Shringarpure et al	"When treatment is more challenging than the disease": A qualitative study of MDR-TB patient retention	2016	PloS ONE

(Continuação)

#E09	Mussie et al	Bridging the gap between policy and practice: a qualitative analysis of providers' field experiences tinkering with directly observed therapy in patients with drug-resistant tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia	2020	BMJ Open
#E10	Burtscher et al	"My favourite day is sunday": Community perceptions of (drug-resistant) tuberculosis and ambulatory tuberculosis care in Kara Suu District, Osh Province, Kyrgyzstan	2016	PLoS ONE
#E11	Vanleeuw et al	Provider perspectives of the introduction and implementation of care for drug-resistant tuberculosis patients in district-level facilities in South Africa: a qualitative study.	2020	BMJ open
#E12	Bieh, KingsleyLezor Weigel, Ralf Smith, Helen	Hospitalized care for MDR-TB in Port Harcourt, Nigeria: a qualitative study.	2017	BMC infectious diseases
#E13	Brust et al	Integrated, home-based treatment for MDR-TB and HIV in rural South Africa: analternate model of care.	2012	The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease

(Conclusão)

2.3 Breve análise dos resultados encontrados no mapeamento sistemático e lacuna do conhecimento

Com o mapeamento sistemático da literatura, identificou-se os estudos que abordam o contexto da TB-MDR, mas ainda poucos que incluem a percepção dos profissionais da saúde. Após a análise do conjunto de artigos, verificamos que o fator socioeconômico no contexto dos pacientes é o determinante mais prevalente, sendo que 10 (76%) dos estudos evidenciaram relação direta entre a TB-MDR e a pobreza. Com altas taxas de pobreza e sem apoio financeiro disponível, os pacientes muitas vezes se encontram presos em um ciclo negativo, devido ao impacto socioeconômico da TB-MDR sobre eles e suas famílias (MCNALLY et al, 2019), a TB-MDR advém da pobreza e produz mais pobreza no contexto das famílias, em que elas ficam mais vulneráveis e mais pobres decorrente dos custos catastróficos diretos e indiretos do tratamento, apesar de ser gratuito na maioria dos países. O apoio financeiro por meio de da proteção social deve ser contínuo para incentivar a continuidade dos cuidados ao longo prazo (SHRINGARPURE et al 2016).

Além disso, foi citado com frequência importante a questão do abuso de álcool e outras drogas em que foram levantadas preocupações pelos profissionais em relação alcoolismo, relatando que o consumo abusivo se torna uma barreira para o acompanhamento eficaz e adesão ao tratamento, além de interferir na regularidade das consultas, que consequentemente pode limitar a eficácia do acompanhamento e o processo de aconselhamento realizado pelos profissionais da saúde.

Os profissionais da saúde também concordaram que a educação efetiva permite que os pacientes entendam seu diagnóstico, lidem com os efeitos colaterais da medicação e assumam a responsabilidade pela própria saúde (MCNALLY et al, 2019). Os achados revelaram que a falta da educação efetiva dos pacientes com TB-MDR está associada a desfechos negativos e perda de acompanhamento, pois apesar de receberem informações e aconselhamento durante todo o processo do tratamento, muitos pacientes podem deixar de realizar o acompanhamento, resultando em e desistência justamente por não entenderem ou terem pouco conhecimento.

Em contraponto, alguns destes determinantes, já citados, foram destacadas soluções para manter o acompanhamento desses pacientes de acordo com os profissionais da saúde. Com isso, o envolvimento do familiar, o empoderamento, a educação em saúde (sob a perspectiva do sujeito *práxico*, educação popular) e a cobertura eficaz da proteção social são fundamentais para a melhoria dos resultados e manutenção de altos níveis de adesão (BRUST et al, 2012).

A adesão foi considerada essencial para atingir a cura destes pacientes com TB-MDR, com isso, a importância da garantia que eles compartilhem quaisquer dificuldades que estejam enfrentando para que as soluções possam ser encontradas (MUSSIE et al 2020). A fim de manter altos níveis de adesão foi considerado a questão do envolvimento dos familiares. Se os pacientes estão em casa e apoiados pela família, há indícios que eles seriam menos propensos a inadimplência do tratamento (BRUST et al, 2012).

O apoio e o incentivo dos familiares contribuem para uma atitude positiva dos pacientes em relação ao seu tratamento apesar de vários desafios. As famílias muitas vezes têm que fazer sacrifícios para sustentar o doente e o impacto é proporcionalmente maior em um ambiente mais carente. O apoio que uma família pode fornecer inclui principalmente questões emocionais, psicológicas, nutricionais e financeiras. O acompanhamento dos pacientes em seus ambientes familiares são fundamentais para melhorar os resultados do tratamento. Identificou-se a importância de uma boa rede de apoio em torno do paciente para superar a influência de fatores estruturais e o impacto socioeconômico da TB-MDR.

Para além disso, foi levantada a questão do estigma, principalmente por grupos vulneráveis, como usuários de drogas e ou álcool, migrantes, pessoas vivendo em situação de rua e minorias étnicas, resultando em novas barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. O estigma da equipe de saúde, nos hospitais e centros de saúde, tem um enorme impacto na busca e no comportamento de saúde do paciente, pois influencia negativamente sua confiança nos profissionais de saúde (BRUST et al, 2012).

Considerando o exposto, estudo sustenta a lacuna de conhecimento de poucos estudos possuírem ênfase sobre a TB-MDR abordarem os DSS e a

percepção dos profissionais. Quando realizada as buscas na literatura, a maioria dos artigos continha em seus títulos a percepção dos pacientes e profissionais, e o artigos dão ênfase a percepção dos pacientes. Todavia, quando verificadas as questões da TB-MDR na perspectiva dos profissionais de saúde, o número de artigos cai consideravelmente, o que evidencia a relevância e originalidade desta pesquisa para o avanço de conhecimento nessa área.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender os determinantes da tuberculose multidroga-resistente, segundo a percepção dos profissionais de saúde, que prestam cuidado direto a pacientes nessa condição, e ainda os desafios e ou estratégias para a sua adesão, considerando o contexto da pandemia da COVID-19.

3.2 Objetivos Específicos

I. Caracterizar os profissionais de saúde que foram inclusos no estudo;
II. Descrever os determinantes sociais apontados pelos profissionais para a ocorrência da tuberculose multidroga-resistente;
III. Conhecer as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para garantir a adesão ao tratamento da tuberculose multidroga-resistente;
IV. Descrever os desafios para a adesão e equidade no contexto da pandemia da COVID-19.

4. QUADRO TEÓRICO

A TB consiste em uma doença multifatorial que consequentemente pode sofrer influência direta, tanto de forma positiva como negativa, de inúmeros elementos até o surgimento e desenvolvimento dos sintomas, sejam esses elementos como fatores socioeconômicos ou processos de prevenção e controle (DIEFENBACH-ELSTOB et al, 2017; HARLING; CASTRO, 2014).

Para realização da pesquisa, foi necessário a compreensão dos determinantes sociais, que é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (SOLAR; IRWIN, 2010). De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais (CNDSS), determinantes são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2008).

Inicialmente, um modelo que demonstra a interação entre sociedade e saúde é o proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) e apresenta o modelo de determinantes sociais da saúde esquematizando a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde, sendo este o modelo teórico adotado pela CNDSS (Figura 3).

Figura 3 - Determinantes sociais da saúde: Modelo de Dahlgren e Whitehead, 1991

Fonte: CNDSS (2008).

Desta forma, os autores dispõem os determinantes sociais da saúde em diferentes camadas que vão desde a camada proximal, na qual estão compreendidos os determinantes individuais, que representam determinantes como sexo, idade e fatores hereditários (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; WHO, 2010).

Perpassando pela segunda camada estão alocados fatores sobre o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos que podem ser dependentes das opções feitas por cada pessoa, mas tal comportamento pode ao mesmo tempo ser influenciado pelos determinantes sociais, como acesso a informações, pressão de pares, acesso a alimentação, entre outros. Na terceira camada encontram-se as redes comunitárias e de apoio, que são fundamentais para saúde da sociedade de modo geral. Na seguinte camada, estão representados os fatores relacionados à condição de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; WHO, 2010).

Com isso, as pessoas que não possuem acesso a estes bens e serviços se deparam em maior desvantagem social e consequentemente maior vulnerabilidade aos riscos à saúde. Por fim, na camada mais distal estão localizados os macro determinantes, àqueles relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais, e que possui forte influência sobre as demais camadas. Contudo, este modelo não explica de maneira detalhada as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades (CNDSS, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

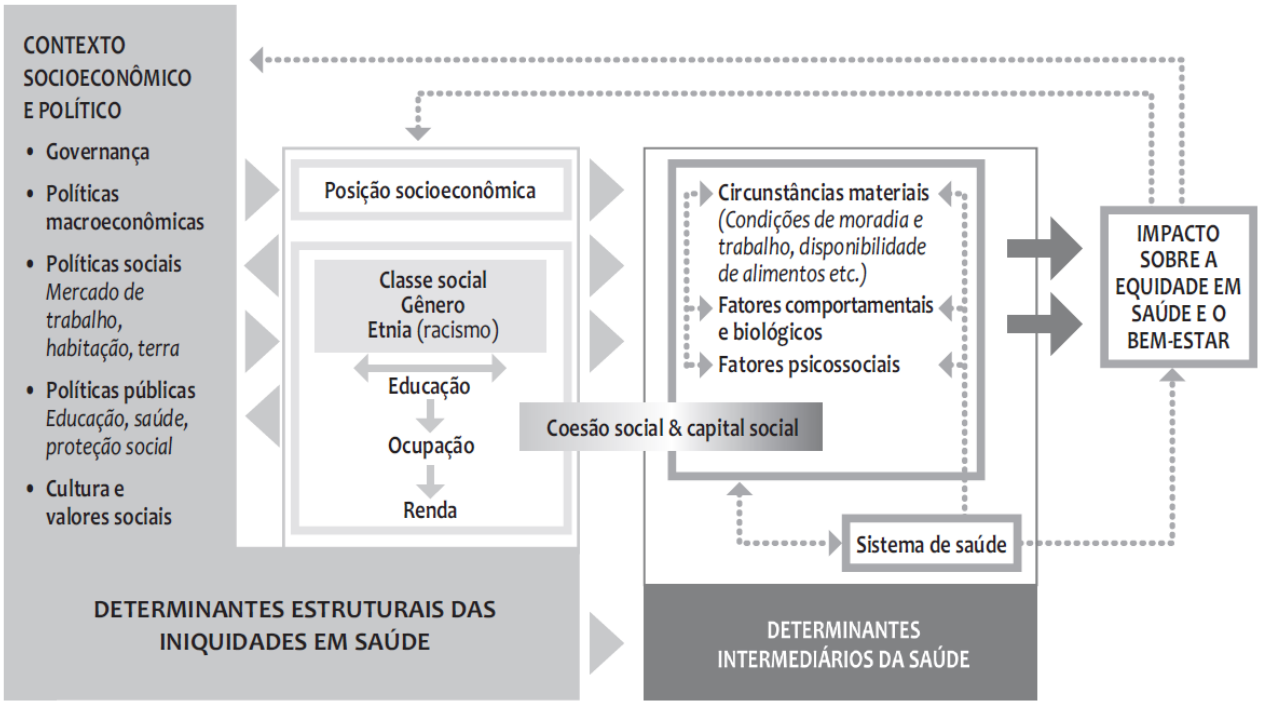
Evidencia-se então que um dos principais objetivos dos modelos teórico-conceituais é subsidiar explicações de como os determinantes sociais geram iniquidades em saúde (CNDSS, 2008), desta forma torna-se necessário inicialmente compreender o surgimento das desigualdades em saúde.

A desigualdade é um termo usualmente utilizado em alguns países para apontar diferenças sistemáticas, evitáveis e importantes. Muitas diferenças nos níveis de desenvolvimento e de riqueza bem como as fenotípicas e culturais, são frutos de processos adaptativos, geográficos e climáticos, algumas de fenômenos eventuais e outras de processos históricos, sociais, econômicos e culturais complexos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Neste contexto, as desigualdades em saúde são diferenças percebíveis e mensuráveis existentes nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde. Assim, a iniquidade em saúde consiste em uma injusta desigualdade em saúde.

No ano de 2010, a Organização Mundial da Saúde propôs um marco conceitual de ação sobre os determinantes sociais de saúde, tendo como objetivo destacar as diferenças existentes entre os níveis de causalidade e distinguir os mecanismos pelos quais as hierarquias sociais são criadas. A figura 4 demonstra esse modelo.

Figura 4 - Modelo proposto no marco conceitual da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, 2010



Fonte: World Health Organization (2010).

A estrutura deste novo modelo proposto evidencia fortemente o conceito de "posição social", onde desempenha um papel central nos determinantes sociais das iniquidades em saúde. A compreensão dos caminhos e mecanismos sociais se dá de maneira em que enfrentar os determinantes sociais das iniquidades em saúde é um processo político que envolve tanto a agência de comunidades desfavorecidas

como a responsabilidade do Estado (WHO, 2010).

De maneira geral, o modelo conceitual da OMS está fundamentado em dois tipos de Determinantes Sociais da Saúde (DSS): os determinantes estruturais e os intermediários. Quanto aos estruturais, eles incluem todos os mecanismos sociais e políticos e mantêm hierarquias sociais, que incluem o mercado de trabalho, sistema educacional, instituições políticas e valores sociais e culturais. Estes determinantes ocasionam divisões de estratificação e classe social na sociedade e que definem a posição socioeconômica individual dentro das hierarquias de poder, prestígio e acesso a recursos. Os mecanismos estruturais estão enraizados nas principais instituições e processos do contexto socioeconômico e político (WHO, 2010).

Referentes aos determinantes intermediários são representados por elementos categorizados em fatores (biológicos, comportamentais), circunstâncias materiais como (condições de vida e de trabalho, alimentação e moradia etc.) e por fim fatores psicossociais. A partir disso surge a diferenciação entre “determinantes estruturais das iniquidades em saúde” e “determinantes intermediários da saúde”, que em conjunto constituem os “Determinantes Sociais da Saúde” (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015; WHO, 2010).

Os modelos dos determinantes da saúde pela OMS possuem contribuição para uma análise ampliada da saúde, se tornando importante para avanço das pesquisas nessa área e orientação para as políticas públicas (BREILH, 2013).

Os determinantes da saúde podem ser definidos como os fatores que influenciam, a saúde da população. O equilíbrio saúde-doença é determinado por uma multiplicidade de fatores, dentre eles, econômicos, culturais, ambientais e biológicos. Apesar da inquestionável influência de fatores externos ao indivíduo, nem sempre foram incluídos na formulação de políticas relacionadas com a saúde. (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Para analisar os fatores determinantes para a ocorrência da TB-MDR, foram consideradas variáveis que exprimissem o contexto de vida, a estratificação social da população e as características individuais. Esses elementos estão alinhados ao contexto dos DSS, conforme estrutura conceitual elaborada pela WHO (2010), no qual os determinantes estruturais representam o contexto socioeconômico, político e a posição social ao qual cada indivíduo se encontra na sociedade.

No caso dos determinantes intermediários refletem as circunstâncias materiais de vida e os próprios comportamentos pessoais e/ou fatores biológicos que desencadeiam o surgimento de doenças e agravos. Nesta mesma esfera pode-se considerar também o próprio sistema de saúde, tendo em vista sua associação com o desenvolvimento do bem-estar da população por meio da assistência prestada (WHO, 2010).

Alinhado ao estudo, definiu-se cuidado em saúde, respectivamente sob a perspectiva de Ayres, como algo mais ontológico, que se define com base no conhecimento científico e daqueles conhecimentos, não estruturados, que fazem parte do universo simbólico e existencial dos sujeitos, cujas práticas se destinam a definir projetos terapêuticos singulares, de inclusão, equidade, e em prol a projetos de felicidade de cada ser e ou sujeito do seu processo, está entrelaçado a noção de necessidades sociais, e sujeitos práxicos nos territórios (AYRES, 2004).

Há diversas estratégias que se entrelaçam no sentido de prover o cuidado, e esse objeto é uma das inquietações trazida a esse projeto investigativo. A adesão, se define também em equivalente perspectiva, não sob o paradigma positivista, biomédico e da coerção, do cumprimento das decisões terapêuticas inflexíveis, imposto às pessoas sob uma dada condição, mas algo transformador, trabalhado em coparticipação dos profissionais de saúde e usuários, onde há uma relação direta com a qualidade de cuidado prestado por esses profissionais, além da emancipação dos sujeitos acerca do seu processo-saúde doença, da sua confiança, motivação, autoestima, autonomia nas suas escolhas, daquilo que é melhor para si e mais adequado para ele seguir com a terapêutica e os cuidados em saúde, do praxismo dos sujeitos na interação com o seu universo e simbologias, na problematização, nas suas escolhas e governabilidade no caminhar da vida (SÁ et al., 2007).

5. MÉTODOS

5.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou a técnica de Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2011), guiado pelas recomendações do *Consolidated criteria for reporting qualitative research - COREQ* (TONG et al., 2007).

A pesquisa faz parte do projeto matriz "*Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga resistente no estado de São Paulo: Da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes*" (auxílio Regular FAPESP – processo 2018/14337-0), sob a liderança do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio. O projeto matriz foi desenvolvido a partir de duas fases: na primeira fase foi utilizada abordagem quantitativa; e a segunda fase se refere ao presente projeto de pesquisa, foi desenvolvida a fase qualitativa, que buscou compreender os determinantes da TB-MDR sob a percepção dos profissionais de saúde.

5.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi conduzido em Ribeirão Preto, localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil, com uma área territorial de 650,916 km2 e uma população de 604.682 habitantes (IBGE, 2010). Justifica-se a escolha do cenário por ser município polo de referência no tratamento e acompanhamento da TB-MDR e classificado como alto risco (ARROYO et al., 2020). A escolha deste cenário também se deve a acessibilidade ao Programa Municipal de DST/AIDS, Tuberculose e Hepatites Virais de Ribeirão Preto e também ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), cujo responsável técnico é membro do GEOTB da REDE-TB.

O tratamento dos casos de TB-MDR é realizado pelo HCFMRP, com apoio do Centro de Referência em Especialidades. O acompanhamento destes pacientes é realizado por meio de visitas domiciliares propostas pelo TDO. É importante destacar que no contexto da pandemia da COVID-19, foram citadas pelos profissionais algumas irregularidades principalmente quando se trata do TDO, tendo a frequência das visitas diminuídas e havendo escassez de profissionais da saúde. Quanto as consultas de rotina, algumas tiveram que ser remarcadas a fim de minimizar a exposição ao SARS-CoV-2.

No Quadro 3, estão ostentadas as principais características do cenário sob estudo, em que é possível observar que é um município de grande porte, com maioria da população na zona urbana, com acesso à saneamento básico e água potável, todavia que se contrasta pela carga da TB, com uma incidência de 26,45 casos para cada 100.000 habitantes, 9,3% de abandono, o que é um preditor importante para TB-MDR.

Quadro 3 – Contexto social do município sob estudo

(Continua)

Indicador	Métrica	Fonte
Coeficiente de incidência de tuberculose considerando todas as formas clínicas (2019)	26,45 casos por 100.000 habitantes	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
Proporção de abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	9,30 %	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
Coeficiente de Mortalidade de Tuberculose	1,73 casos por 100.000 habitantes	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar que realizaram o Tratamento Diretamente Observado	63,03%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
População Ribeirão Preto	604.682	IBGE, 2010
PIB per capita	51.759,84 R$	IBGE, 2010
População Urbana Ribeirão Preto	602.966 (99,71%)	IBGE, 2010
População Rural Ribeirão Preto	1.716 (0,29%)	IBGE, 2010

(Continuação)

% da população urbana residente em domicílios ligados à rede de abastecimento de água SNIS	99,96%	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)
% da população urbana residente em domicílios ligados à rede de esgotamento sanitário SNIS	99,81%	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)
% de esgoto tratado SNIS	94,04%	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)
Cobertura da Atenção Básica	63,90%	e-Gestor AB
Cobertura de Estratégia de Saúde da Família	21,58%	e-Gestor AB

(Conclusão)

Fonte: Próprio autor, 2020.

5.3 Participantes da pesquisa

Para a seleção dos participantes da pesquisa, iniciou-se um contato com o Programa de Tuberculose do Centro de Vigilância Sanitária (CVE) do estado de São Paulo para a apresentação do projeto de pesquisa. Após anuência, foi realizado contato com a coordenação do Programa de Controle da Tuberculose de Ribeirão Preto e Setor de Doenças Infecciosas do HCFMRP. Reuniões foram feitas com os gestores de ambas as organizações para a identificação de informantes-chave e planejamento da coleta de dados. Posteriormente, uma lista de consenso entre as organizações participantes foi disponibilizada contendo contatos dos profissionais-chave do estudo. Participaram do estudo quatorze profissionais da saúde sendo quatro médicos, três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem e uma assistente social.

5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos participantes do estudo se deu mediante o critério do profissional já ter realizado o acompanhamento de pacientes com TB-MDR, ser atuante no município de Ribeirão Preto, com no mínimo um ano de experiência na função e estava no cumprimento ou exercício de suas funções quando na data da coleta de dados. Os entrevistados foram sujeitos acima dos 18 anos, que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fazendo seu consentimento verbal e gravado.

Adotou-se como critérios de exclusão, os profissionais que estiveram afastados das atividades profissionais no período da coleta de dados, não realizaram o acompanhamento dos pacientes em tratamento da TB-MDR e profissionais que estiveram em período de férias ou afastados por licença-saúde.

5.4 Procedimento de coleta de dados

5.4.1 Roteiro Semi estruturado

Os dados empíricos foram obtidos mediante as entrevistas com os profissionais-chave de saúde utilizando-se de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE I). A escolha desse recurso, é por se mostrar mais adequado, no sentido de não se restringir a um roteiro fechado e de possuir um eixo de enfoque organizando a questão endereçada aos profissionais de modo que a entrevista pudesse fluir a partir desse eixo.

Para isso, foi estruturado um roteiro, contendo abertura, questões chave, questões de fechamento e verificação a fim de orientar a coleta dos dados que permitiu ao pesquisador o direcionamento das questões abertas, conduzidas de forma flexível visando atender os objetivos propostos (CANZONIERI, 2010; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; POPE; MAYS, 2009). Seguindo as recomendações de Minayo (2012) o roteiro contemplou os elementos essenciais e suficientes em tópicos a fim de abranger todas as informações esperadas. Também permitiu a flexibilidade nas conversas para que os participantes falassem livremente sobre todos os tópicos listados no autorrelato.

O roteiro para entrevista dos profissionais foi composto por questões semiestruturadas relacionadas às informações sobre a atuação dos profissionais, o dia a dia do profissional a fim de entender o seu fluxo de trabalho, as ações realizadas durante um dia de trabalho, as atividades assistenciais aos pacientes com TB-MDR, tempo na função que auxilia na verificação da experiência dos participantes, além de abranger questões especificas ao paciente com TB-MDR, inicialmente buscando entender o nível de conhecimento relacionado a doença, também foram abordadas questões referentes à experiência de cuidar dos pacientes TB-MDR, o conhecimento dos mesmos sobre o assunto, as dificuldades encontradas, o acompanhamento do tratamento da doença, conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde, além de abordar a situação da pandemia da COVID-19 e os desafios enfrentados.

Antes da aplicação do roteiro, foi realizado um pré-teste com uma amostra dos participantes da pesquisa, a fim de avaliar a compreensão dos componentes existentes no roteiro de geração dos dados empíricos pelos sujeitos da pesquisa (TURATO, 2008; MINAYO, 2012). Conforme os resultados decorrentes dessa fase, não houve a necessidade de adequação no roteiro inicialmente construído para a coleta de dados.

5.4.2 Entrevistas

A entrevista é uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas que consiste em gerar e manter conversações com pessoas consideradas chaves no processo de investigação (FRASER; GODIM, 2004). Através da entrevista é possível construir histórias de vida, captar experiências, valores, opiniões, aspirações e motivações dos entrevistados. Inicialmente os profissionais foram contatados, a fim de explicar sobre a pesquisa, pedir o consentimento de participação no estudo e realizar o agendamento das entrevistas. A partir disso iniciou-se a coleta dos dados pela pesquisadora principal que recebeu treinamento prévio para abordagem dos sujeitos, tomando como base referências em pesquisas qualitativas (MINAYO, 2012).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas entre junho e agosto de 2020, quando os profissionais tiveram a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal exposto pela pesquisadora. Para Minayo (2012), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores e transmite através de um porta-voz representações de um determinado grupo.

As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos, realizadas através ferramenta *on-line* e de ligações telefônicas utilizando-se de aplicativo para gravação de áudio, seguindo as recomendações de distanciamento social da OMS em consequência da pandemia do SARS-CoV-2.

Vale ressaltar, que em decorrência das entrevistas serem realizadas de forma remota, houve algumas dificuldades durante o processo, a fim de contextualizar, inicialmente todas as entrevistas iriam ser realizadas através da plataforma virtual Google *Meet* utilizando-se os recursos de vídeo e áudio. A primeira delas foi a inabilidade de alguns profissionais em utilizar de plataformas virtuais e, segunda, a velocidade da internet, em alguns contextos era muito restrita. Com isso, foi nova estratégia para realização da coleta, e pensando na facilidade de comunicação, utilizou-se também de ligações telefônicas gravadas, fazendo com que houvesse maior adesão por parte dos entrevistados, apesar disto alguns participantes agendaram a entrevista para dia e horário em que estavam trabalhando, muitos relataram falta de tempo livre. Com isso, a qualidade de alguns áudios não foi bom o suficiente, porém isso não trouxe perdas da qualidade do material empírico. Durante as entrevistas, foram realizados alguns registros em diário de campo os quais foram considerados como material de apoio ao estudo.

5.4.3 Plano de amostragem:

Foi utilizada amostragem intencional, definida pela saturação teórica, a qual, ao estabelecer o tamanho final da amostra, interrompeu-se a inclusão de novos participantes, fundamentada na redundância e convergência de sentido e significado obtido durante a coleta e análise dos dados (FONTANELLA et al., 2011). Na seleção da amostra, dezoito profissionais foram contatados, sendo que quatro deles se recusaram a participar, dois não responderam os e-mails de contato e os outros dois

relataram estarem sobrecarregados em seus ambientes de trabalho em decorrência de estarem na linha de frente ao combate à pandemia da COVID-19. O número mínimo de sujeitos definido para o estudo foi de quatorze, com necessidade de contemplar informantes com caraterísticas homogêneas, conformando-se numa amostra mínima de menor dimensão, conforme evidências de estudos clássicos na área (REGO, PINA, MEYER, 2018).

5.5 Tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011), que é considerada uma técnica refinada, que exigiu da pesquisadora disciplina, dedicação, paciência e tempo. Também foi necessário, certo grau de intuição, consistência teórica, sobretudo na definição das categorias de análise, sobretudo por ter sido utilizada formas remotas de coleta. Jamais esquecendo, do rigor e da ética, que são fatores essenciais (SILVA; FOSSÁ, 2015). Além disso, possibilitou a descrição do conteúdo expresso pelos participantes, para sua posterior interpretação. O método indicado por Bardin consistiu em obter o significado ou sentido de dados qualitativos por meio de técnicas organizados em momentos cronológicos, que foram correspondentes a três fases (BARDIN, 2011).

A AC é um método empírico, dado por um conjunto de técnicas de análise da comunicação, que irá analisar diferentes fontes de conteúdo (verbais ou não verbais) (BARDIN, 2011). Quanto à interpretação, a análise de conteúdo transita entre dois polos: o rigor da objetividade e a prolificidade da subjetividade (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Vai além de um instrumento, se caracteriza como um leque de apetrechos marcados por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de investigação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011).

A conceitualização da AC pode ser concebida de diferentes formas, tendo em vista a vertente teórica e a intencionalidade do pesquisador que a desenvolve, seja adotando conceitos relacionados à semântica estatística do discurso, ou ainda, visando à inferência por meio da identificação objetiva de características das mensagens. Salienta-se o caráter social da AC, uma vez que é uma técnica com

intuito de produzir inferências de um texto para seu contexto social de forma objetiva (BAUER; GASKELL, 2002; SILVA; FOSSÁ, 2015).

Bardin (1977) ressalta a importância do rigor na utilização da AC, a necessidade de ultrapassar as incertezas e descobrir o que é questionado. Entretanto, a variedade de conceitos e finalidades de seu uso, parece estar longe de enriquecer a prática de análise. Visto que, tem tornado a técnica pouco clara, possibilitando sua utilização sem os cuidados metodológicos exigidos para uma prática de pesquisa recomendada, especialmente para os pesquisadores iniciantes, que tendem a aplicá-la como prática intuitiva e não sistematizada (OLIVEIRA, 2008; SILVA; FOSSÁ, 2015)

O objetivo principal da AC pode ser sintetizado em manipulação das mensagens, tanto do seu conteúdo quanto da expressão desse conteúdo, para colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a mesma da mensagem (OLIVEIRA, 2008).

A fase inicial da AC foi a pré-análise, onde ocorreu a sistematização e organização das ideias. Inicialmente desenvolvemos a leitura flutuante do conteúdo empírico, ou seja, a tomada de contato exaustiva do material; que a partir deste ponto foi possível a constituição do *corpus* (conjunto de documentos), consistindo na organização do material de forma a responder algumas normas de validade, tais como a exaustividade, representatividade, homogeneidade, e pertinência possibilitando assim a caracterização de hipóteses que assentaram a interpretação final (BARDIN, 2011). Nesta etapa que se definiu a unidade de registro.

Em seguida, ocorreu a exploração do material empírico, que consistiu na efetivação sistemática das informações colhidas, realizando as codificações, classificações e agregações categóricas das entrevistas para a execução dos recortes do texto na unidade de registro, que possibilitou a identificação em profundidade da representação dos discursos enunciados pelos participantes da pesquisa. Já na fase do Tratamento dos resultados obtidos e interpretação foi realizada a interpretação final por meio da condensação e ênfase das informações para a análise compreensiva dos resultados (BARDIN, 2011).

Com isso foi possível realizar a organização da grade de eixos temáticos da qual emergiram as seguintes categorias temáticas: *"Os impactos dos determinantes*

sociais da saúde para a ocorrência da TB-MDR"; "*Estratégias para adesão e alcance da equidade"* e "*Desafios para adesão e equidade no contexto da Pandemia da COVID-19".*

No Quadro 4 estão destacadas as principais questões-chave abordadas nas entrevistas, alocadas em categorias analíticas, que são aquelas que historicamente retêm relações sociais fundamentais para o conhecimento do objeto em aspectos gerais e as categorias empíricas são aquelas construídas com exercício operacional, conseguindo apreender como determinações e como especificidades que se expressam na realidade empírica (MINAYO, 2012).

Quadro 4 – Quadro sinóptico das categorias das questões-chave abordadas nas entrevistas

Categorias analíticas	Categorias empíricas
Os impactos dos determinantes sociais da saúde para a ocorrência da TB-MDR	- Alta vulnerabilidade social; - Pessoas em situação de rua; - Privados de liberdade; - Baixa escolaridade; - Alimentação inadequada; - Drogas lícitas e Drogas ilícitas
Estratégias para adesão e alcance da equidade	- Benefícios sociais como forma de melhorar a nutrição; - Benefícios sociais como "barganha" para o tratamento; - Cesta básica como facilitador para o tratamento; - Acesso aos serviços de saúde; - Tratamento Diretamente Observado.
Desafios para adesão e equidade no contexto da Pandemia da COVID-19	- Pacientes com TB-MDR podem ser mais suscetíveis à COVID-19; - COVID-19 como obstáculo para o seguimento do tratamento da TB-MDR.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

A fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, na apresentação das falas utilizou-se a letra ‘M’ para referir aos médicos, ‘E’ para enfermeiros, ‘TE’ para técnicos de enfermagem, ‘AE’ para auxiliar de enfermagem e por fim ‘AS’, para assistente social, seguido de uma sequência numérica de um a quatorze.

5.6 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob número de protocolo de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 19520819.0.0000.5393. Com base na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, toda a participação teve o consentimento do sujeito de forma *on-line* e ou verbalizado, sendo enviado uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via *e-mail*. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade, assegurando sua participação voluntariosa na pesquisa.

6. RESULTADOS

Foram entrevistados quatorze participantes da Rede de Atenção à Saúde do município sendo, quatro médicos, três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem e uma assistente social (Quadro 5). O tempo de atuação desses profissionais variou entre cinco e vinte e oito anos na atenção à tuberculose, o que evidencia importante experiência.

Quadro 5- Características dos participantes do estudo de acordo com a categoria profissional e tempo de atuação na Rede de Atenção à Tuberculose

Entrevistados	Categoria Profissional	Tempo de Atuação
1	Médico	12 anos
2	Médico	09 anos
3	Médico	08 anos
4	Médico	16 anos
5	Enfermeiro	28 anos
6	Enfermeiro	06 anos
7	Enfermeiro	10 anos
8	Técnico de Enfermagem	18 anos
9	Técnico de Enfermagem	05 anos
10	Técnico de Enfermagem	05 anos
11	Auxiliar de Enfermagem	09 anos
12	Auxiliar de Enfermagem	20 anos
13	Auxiliar de Enfermagem	15 anos
14	Assistente Social	09 anos

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Para a organização da pesquisa, realizou-se a estruturação das categorias emergentes do estudo. Como podemos verificar na seção seguinte:

Os impactos dos determinantes sociais da saúde para ocorrência da TB-MDR

Em relação à categoria, a maioria dos profissionais reportou como os determinantes sociais da saúde (DSS) afetam diretamente o tratamento e acompanhamento desses pacientes com TB-MDR. Quando se refere aos DSS, no estudo foi considerado um espectro de fatores, como a renda, vulnerabilidade social, condições de moradia, alimentação, baixa escolaridade, condições de trabalho, uso nocivo de álcool e drogas, pessoas vivendo em situação de rua, entre outros.

Com isso, as frases abaixo elucidam a questão das classes sociais, considerando que aqueles que estão em posições inferiores dentro da estrutura social definida pela sociedade, pela situação de pobreza, privação e iniquidade nas oportunidades, tendendo a sofrer mais penosamente com a TB-MDR.

"Claramente tem grupos populacionais que tem mais chance de adoecer, a principal diferença tem a ver com a condição socioeconômica, de moradia, de educação, de saúde, isso é clássico, todo mundo sabe disso" (M.2)

"Tem paciente que tem um nível social muito baixo, parece que ele não dá muita bola ele acha que não é nada e ele continua na vida dele" (TE.10)

"A grande maioria dos nossos pacientes, ele tem componente social aí bem complicado, né (M.1)

Além disso, também foi expressa a disposição do paciente em realizar esse acompanhamento de forma correta, que conforme os relatos dos profissionais, alguns não possuem muito interesse em se tratar, e que pode estar relacionado à condição de vida deste paciente.

"Às vezes eles não acham importante tratar "ah, tô ruim não tenho perspectiva de melhorar, minha vida então não tenho interesse em tratar" porque ele já vive em uma condição miserável, a maioria dos pacientes são pacientes que tem uma condição ruim" (M.3)

"Pra eles né, a não valorização da vida isso aí é infelizmente pra eles não é tão valorizado, não pra todos, mas pra muitos a vida não tem valor, "importa eu tá bem, andando, comendo, andando daqui ou dali quando tiver ruim eu procuro uma unidade de saúde"" (E.7)

"Eles tem um outro objetivo que não é o tratamento tá certo? então, por isso que eles começam e não terminam" (AS. 14)

Abaixo contém trechos que fazem referência ao abandono de tratamento inicial da TB sensível e por consequência da não adesão, muitas vezes relacionadas também ao aspecto social, a TB pode se tornar multirresistente.

"Já tivemos pacientes que eles abandonaram o tratamento, e aí foi ficando resistente às drogas iniciais e ficando resistente, por abandono" (AE.13)

"Às vezes retorna multirresistente são pessoas de classe social bem baixa, infelizmente acabam não aderindo o tratamento" (TE.8)

Outros relatos foram referentes ao uso indiscriminado de álcool e outras drogas. A maioria dos entrevistados não conseguiu desvincular o fato de alguns pacientes serem usuários de drogas a estarem em situação de rua. Conforme relatos abaixo.

"Muitas vezes são pacientes que moram na rua ou é drogadito e eles não tem muita preocupação em se cuidar, isso acaba influenciando no tratamento" (TE.9)

"Às vezes o paciente deixa de tratar por conta do próprio social, de ser morador de rua, de ser usuário de drogas" (AE.13)

"Nossos pacientes né, em geral, são de uma grande vulnerabilidade social. Pessoas em situação de rua, pessoas dependentes químicas" (AS. 14)

"Ele tem outras coisas que impedem ele com tratamento adequado, geralmente como etilismo, drogadição, o próprio HIV" (M.1)

"A maioria deles são moradores de rua, são usuários de drogas ou que não é morador de rua e nem usuário de droga mas é um pessoal mais prejudicado financeiramente em questão de moradia, de renda familiar, né" (E.5)

As falas abaixo enfatizam, que além das questões sociais, o nível educacional é importante nesse processo pois resulta no melhor entendimento do paciente quanto à importância de se realizar o tratamento corretamente, pois conforme relatos muitos deles não aderem ao tratamento e a TB acaba se tornando multirresistente.

"A vulnerabilidade social, educacional, econômica interfere sim, não que a gente não tenha TB resistente em outros nichos mas se ele tem uma dificuldade de entendimento, se ele tem uma dificuldade de tomada de medicação que seja por qual motivo a chance dele desenvolver uma resistência é maior" (E.7)

"Os pacientes que têm um nível sociocultural melhor ele consegue compreender melhor a importância de tratar, consegue compreender melhor a posologia das medicações é nítido assim essa diferença" (M.3)

"O sistema educacional dos pacientes muitas vezes os pacientes são analfabetos que não consegue nem ler a receita aí tem um impasse né, pois quanto mais eles não consegue decifrar o tanto de medicamento na receita. O grande desafio é do ponto de vista social mesmo" (M.1)

Estratégias de adesão no tratamento da TB-MDR e alcance da equidade

Procurou-se compreender, nesta categoria, as estratégias que vêm sendo utilizadas pelos profissionais da saúde para alcance da adesão e equidade. Dentre elas, identificamos que ações de proteção social e políticas compensatórias influenciam adesão ao tratamento do paciente com TB-MDR.

Os profissionais entrevistados fizeram relações entre a rede de proteção social e o sucesso do tratamento dos seus pacientes. Este fato é compreensível

devido a estes fatores estarem interligados, já que para continuidade do tratamento deve haver subsídios. Benefícios como bolsa família e cesta básica foram citados com frequência pelos entrevistados.

"Ele fica muito tranquilo quando ele tem algum auxílio social, fica mais aderente porque ele não quer problema de jeito nenhum, é uma negociação assim digamos" (AE.12)

"Eu acho que faz muita diferença os benefícios sociais porque os pacientes chegam muito desnutridos, muito desnutridos, perderam muito peso aí eles começam a tratar, uma que assim quando começa a tratar, começa a ficar bem aumenta o apetite e também porque alguns dos tuberculostáticos já aumentam o apetite então às vezes eles ganham dez, quinze quilos durante o tratamento só que muitos deles não tem o que comer" (M.3)

"Às vezes ele vai depender desse bolsa família pra poder deslocar da sua moradia até a Unidade de Saúde, eu acho que uma vez que eles vincula e acaba sem que a pessoa perceba forçando ela a adesão" (E.5)

Outro aspecto importante que emergiu das entrevistas são as "barganhas" feitas pelos profissionais com objetivo de fazer com que o paciente realize o tratamento da TB-MDR, essas "barganhas" são realizadas a partir de benefícios que estes pacientes possuíam acesso.

"A cesta básica nos ajudava bastante, a tal da "barganha" "Se você fizer isso, você vem aqui pegar a cesta" então "se você for no HCFMRP, coletar os exames, passar em consulta, e tomar a medicação todos os dias durante determinado tempo você tem direito a cesta básica" a gente amarrava muito isso" (AE.11)

"Quando a gente tinha cesta básica, era uma moeda de troca, a gente dizia "se você tomar, se você fizer isso, vai ter a cesta" isso pra eles era o máximo, infelizmente" (AS.14)

"A gente tinha pacientes que eles faziam questão de esperar a gente, aquele paciente não queria ter falta, não queria ter nada que abandonasse o tratamento dele porque ele sabia que ia ter o leite naquele horário" (AE.12)

A cesta básica fornecida pelo governo é o benefício social mais citado durante as entrevistas, que conforme relatos, os profissionais expressam a importância do auxílio alimentar para manter o acompanhamento dos pacientes com TB-MDR.

"Todo paciente com tuberculose até no começo do ano passado recebia uma cesta básica, o governo cortou esse benefício e agora o que é a orientação é da gente fazer um encaminhamento do CRAS mas esses pacientes acabam entrando junto com todos os outros pacientes que precisam de um benefício então eu não consigo assim, a gente não vê, eu não vi nenhum paciente que eu encaminhei pra lá receber alguma coisa" (M.3)

"A não assistência da cesta básica é uma situação grave e leva a não adesão ao tratamento "o que que eu vou ganhar com isso" né, eu escuto "o que eu vou ganhar com isso" "eu não vou ganhar nada não? tô bem assim sabe..." então tranquilo" (AS.14)

Os participantes da pesquisa verbalizaram, que a cobertura da proteção social durante o tratamento da TB-MDR se torna um fator de extrema importância para o acompanhamento destes pacientes. Eles acreditam que isso contribui positivamente para um melhor cuidado e maior sucesso de tratamento.

Desafios para adesão e equidade no contexto da Pandemia da COVID-19

Identificamos ainda que a maioria dos profissionais entrevistados vê a COVID-19 como um fator de extrema importância na interferência do tratamento dos pacientes que realizam o acompanhamento para a TB-MDR. De modo geral, os profissionais entrevistados apontam a COVID-19 como um agravante no tratamento da TB-MDR, conforme se expressa nas falas a seguir.

"Eu acredito que ele já tem o pulmão comprometido, e tendo contato com a COVID pode agravar" (E.6)

"Eles já tem uma alteração pulmonar então eles podem estar mais susceptíveis realmente ao COVID" (M.1)

"É uma conclusão já que a literatura tá indicando, o paciente com tuberculose é um paciente que tem uma comorbidade séria porque justamente o órgão de choque são pulmões onde o vírus se aloja" (M.4)

"A pessoa já tá com a tuberculose né, já tá com o pulmão debilitado né, e aí se a pessoa pegar COVID o risco de não voltar ou ter uma sequela é muito grande, né?" (AE.11)

"O pulmão da pessoa já fica bem debilitado né? com a TB assim multirresistente e infelizmente o COVID ele ataca mais o pulmão né?" (TE.9)

Nos depoimentos, observamos a possível interferência da COVID-19 no diagnóstico dos pacientes com TB-MDR, haja vista que segundo os profissionais, neste momento de pandemia o foco se dá na COVID-19, sabendo que a doença possui sinais e sintomas clássicos de outras patologias.

"A gente pode ter problema por conta da adesão da medicação e a própria dificuldade de modo geral em buscar o serviço às vezes achando que é tudo COVID" (E.7)

"Então eu acho que esse negócio do COVID tá atrapalhando nesse sentido, parece que o povo tá direcionado só pra isso, qualquer pessoa que chega com falta de ar, com alguma coisa "ah, é COVID" e não faz um raio-x, não colhe um escarro" (AE.13)

Um outro fator trazido como agravante do cumprimento do tratamento dos pacientes com TB-MDR no contexto da pandemia, é a irregularidade do TDO, já que esse acompanhamento vem sendo feito uma vez por semana, que não é a forma ideal, pois esses pacientes necessitam de uma supervisão constante, por se tratar de uma patologia de difícil adesão por parte dos pacientes.

"A questão do TDO, de ser supervisionado por enquanto está sendo uma vez por semana por conta da COVID, falta de profissional teve um impacto muito grande porque era diário, e agora é semanal" (AE 11)

*"É, a pandemia infelizmente, atrapalhou bastante porque o TDO está auto administrado às vezes a pessoa não está nem aí, ela não tá querendo tomar o remédio, ela não vai tomar por conta própria, muito complicado" (*TE 10)

"O paciente de, tá recebendo o mínimo possível de visitas, no caso uma vez por semana" (AE 12)

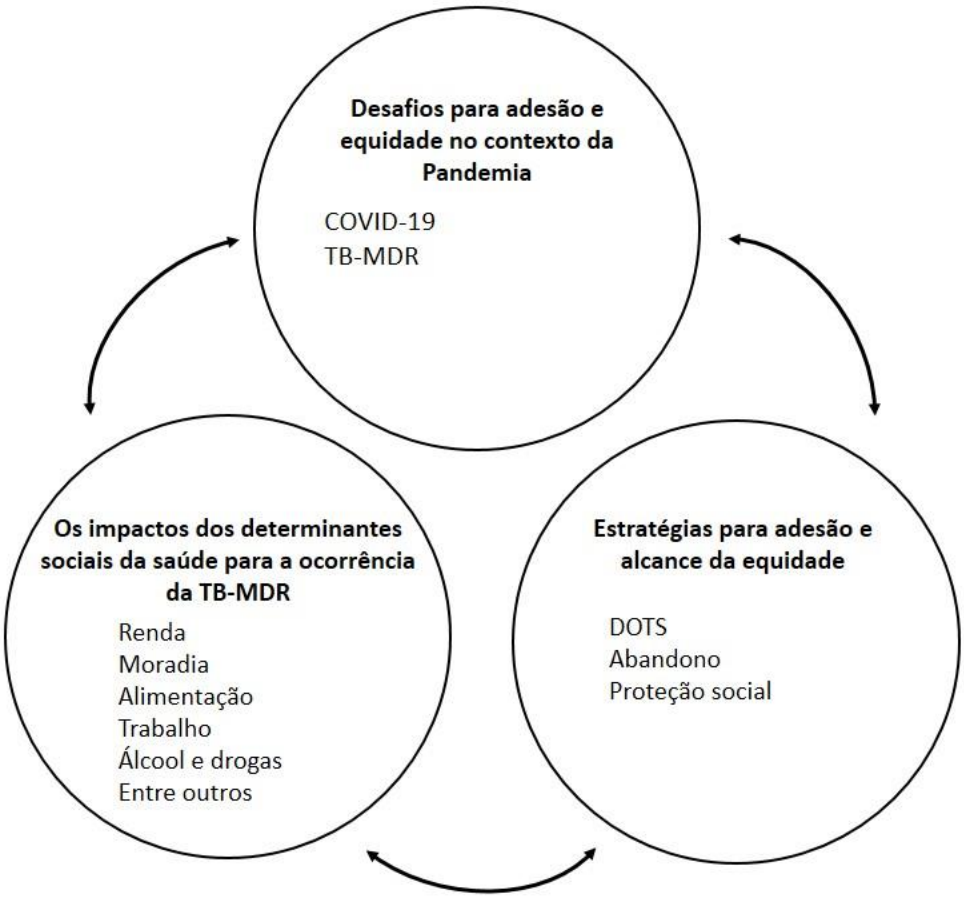
"Aqui por exemplo a gente, o pessoal tá fazendo visita uma vez por semana, né? É pouco se você for ver…" (TE. 10)

De acordo com o material empírico e sua relação com o referencial teórico definido para o estudo, os três eixos que se conformaram não eram independentes, mantendo uma relação entre si, em que optamos por elucidá-los na Figura 5. Observamos que, de acordo com os relatos, o DSS da TB-MDR estava relacionado ao determinante estrutural socioeconômico (renda, desemprego, baixa escolaridade e situação de extrema pobreza). Estas, por sua vez, operam por meio de determinantes intermediários que são as condições materiais de vida dos pacientes diagnosticados (insegurança alimentar, condições materiais de vida, condições de vida inadequadas, hábitos pouco saudáveis e circunstâncias do território).

É possível observar os determinantes como impacto para a condição de multirresistência (renda, moradia, circunstâncias materiais do território e vizinhança). De acordo com o material empírico, os relatos informam sobre as estratégias utilizadas para melhorar a adesão ao tratamento, como a materialização de um investimento em tecnologias, e as estratégias de cuidado, como TDO, proteção social e ações intersetoriais, que são políticas compensatórias voltadas para o

enfrentamento das desigualdades no território para promover a equidade. Com a pandemia de COVID-19, os entrevistados relataram que os pacientes com TB-MDR eram mais suscetíveis ao COVID-19 e, consequentemente, a um desfecho negativo devido às já precárias condições de saúde, considerando o COVID-19 como um estressor para o acompanhamento do tratamento dos pacientes. A situação pandêmica influenciou negativamente o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com TB-MDR.

Figura 5 – Síntese esquemática das categorias definida no estudo e suas interações:



Fonte: Próprio autor

7. DISCUSSÃO

O estudo buscou compreender os determinantes da tuberculose multidroga-resistente segundo a percepção dos profissionais de saúde, que prestam cuidado direto a pacientes nessa condição, e ainda os desafios e ou estratégias para a sua adesão, considerando o contexto da pandemia da COVID-19.

Os achados sinalizam as questões que permeiam DSS, e ainda mecanismos estratégicos adotados para o alcance a equidade e adesão ao tratamento, sendo a COVID-19, um importante estressor e podendo colocar risco, a estabilidade do Programa de Controle da TB e da TB-MDR.

É importante destacar que os profissionais manifestaram grande preocupação do encontro da TB-MDR e COVID-19, pois a situação da pandemia tem interferido em toda a dinâmica de pacientes com diagnóstico de TB-MDR, e se interrompido o tratamento, há chances do paciente não se curar e disseminação da TB-MDR, o que pode fazer com que seja uma situação de difícil controle, em que devem estar alerta os profissionais de saúde e autoridades sanitárias.

No entanto, é importante recuperar o conceito de Sindemia (SIEGER et al., 2017), haja vista que mais do que o encontro de duas doenças, comorbidade, a situação da COVID-19 pode devastar a situação de saúde das pessoas com TB-MDR, num contexto que já é bastante complexo pelos próprios determinantes da doença, portanto podendo interferir não somente para descontinuidades terapêuticas, mas também para disseminação comunitária da TB-MDR, o que ainda não ocorre no Brasil. Vale dizer, que a maior parte dos casos, é da forma adquirida, pelas descontinuidades terapêuticas, e a COVID-19, além de agravar isso, pode fazer com que esses casos transmissão da TB resistente, o que seria absolutamente nocivo à saúde coletiva, impactando ainda mais o sistema de saúde.

Sobre a abordagem dos profissionais para compreensão da TB-MDR, deve se dizer que são atores de suma importância porque possuem uma visão ampliada sobre os problemas e as dificuldades que são encontradas para realização do acompanhamento dos pacientes com TB-MDR, porém muitas vezes estes ficam impotentes diante a necessidade da resolução de problemas com seus pacientes.

No entanto, essa impotência muitas vezes relatada pelos profissionais se deve a uma visão estreita do problema enfrentado, pois quando esses profissionais relatam o problema de acordo com suas percepções, alguns julgamentos de valores

podem ser percebidos em suas falas que podem ser atribuídos a preconceitos. Durante as entrevistas, muitos profissionais relataram o fato do paciente progredir para uma TB-MDR, se dá pela classe social em que está inserido, afirmando que os grupos populacionais de baixa renda são mais susceptíveis a adoecer. Sabendo que a pobreza é um dos determinantes mais importantes da TB, pode também fazer com que haja agravamento na condição de saúde dos indivíduos (ANDRADE et al.; 2018). Dessa forma, a TB e a pobreza mantêm uma relação de dependência, pois a pobreza pode estar associada à precariedade das condições de saúde, reduzindo as oportunidades de trabalho e consequentemente de subsistência (MOREIRA et al., 2020).

Portanto, considerando esses aspectos, é necessário sensibilizar e humanizar os profissionais de saúde que lidam diariamente com pessoas em situação de vulnerabilidade social, para que a discriminação e o preconceito nos serviços não impeçam o acesso às pessoas que necessitam de um olhar mais acolhedor e integralizado (BRASIL, 2014). Considerando que essa população precisa ser empoderada quanto aos seus direitos, é importante, portanto, que os profissionais de saúde sejam facilitadores desse processo de aprendizagem, promoção e educação em saúde, fortalecendo vínculos que possibilitem humanizar o encontro. Portanto, é preciso compreender sem julgar, respeitando e estabelecendo alguns limites (ALECRIM et al., 2016).

Estudo realizado por MCNALLY e colaboradores (2019) evidenciou o impacto socioeconômico da tuberculose multidroga-resistente na visão dos pacientes e profissionais de saúde. Ambos os grupos descreveram como a TB-MDR afeta os pacientes financeiramente, comprometendo sua capacidade de trabalhar e os custos adicionais de acesso ao tratamento. Além disso, ambos concordaram que as dificuldades financeiras da TB-MDR afetam mais os pacientes mais pobres, tornando mais difícil a conclusão do tratamento em comparação com os pacientes mais ricos, tendo em vista que o impacto socioeconômico da TB influencia negativamente a adesão.

A adesão ao tratamento da TB-MDR continua a ser um problema de saúde pública a ser abordado. Conforme relatos, os profissionais da saúde entrevistados vinculam a não adesão ao fato de alguns pacientes estarem em situação de rua,

serem usuários de álcool e outras drogas e consequentemente a pobreza como influência direta nesses casos, podendo levar ao abandono (LINHARES; PAZ, 2020). Há uma relação entre esses fatores, pois o ambiente da rua pode levar ao uso de drogas, logo o consumo pode proporcionar uma forma de pertencimento ao grupo de rua, podendo compor estratégias de sobrevivência, pois os efeitos do uso dessas substâncias produzem sensações de prazer, euforia e poder diante da dolorosa realidade externa, o que leva a conviver neste contexto (RIBEIRO et al., 2020).

Para além disso, a adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional, associados a fatores, como a concepção da doença, o tratamento propriamente dito, a relação entre o sistema de saúde e os profissionais. Segundo DESHMUKH et al (2015) é necessária mais investigação de implementação para conceber estratégias para resolver estes problemas e para documentar práticas para melhorar a adesão ao tratamento da TB-MDR.

Para minimizar os abandonos foram apresentados pela maioria dos entrevistados estratégias de adesão no tratamento da TB-MDR, exemplo disso são os benefícios que eram oferecidos a esse público. A proteção social que cobre os pacientes com TB pode fornecer meios para que eles reduzam a inadimplência no tratamento, especialmente para os mais pobres (ANDRADE et al.; 2018). Uma meta-análise realizada com dados de nove ensaios clínicos randomizados envolvendo 1.687 participantes evidenciou que estratégias de proteção social melhoram o acesso aos cuidados de saúde e, consequentemente, adesão ao tratamento da TB (ANDRADE et al., 2018). Para esses profissionais entrevistados essa questão foi vista como algo positivo para manter a regularidade do acompanhamento, visto que essas ações possibilitam o acesso e o vínculo que muitas vezes usam como subsídio para a realização adequada do tratamento.

No entanto, uma fragilidade trazida ao estudo é que o acompanhamento regular dos pacientes com TB-MDR tem sido dificultado pela pandemia do COVID-19, agravando um cenário que já era bastante complexo devido à desigualdade e à pobreza. Em vez disso, os profissionais de saúde redesenharam o TDO e, para avançar no controle da TB, os profissionais tiveram que reduzir as visitas domiciliares para o TDO devido à falta de profissionais e subsídios, o que era uma contradição emblemática sob a perspectiva do cuidado. A relação interpessoal que ocorre entre

pacientes e profissionais de saúde na realização do TDO é de suma importância para a motivação e acompanhamento do tratamento, avaliação do risco de abandono, e para o manejo dos efeitos colaterais; entretanto, interrupções neste processo podem afetar a continuidade dos pacientes.

Santos e colaboradores (2021) concluem em seu estudo que a influência dos determinantes sociais na adesão ao monitoramento e tratamento da TB-MDR é evidente mesmo quando o tratamento é gratuito, e a ausência de benefícios sociais pode dificultar a continuidade do tratamento. No entanto, a oferta dessa assistência exige que os serviços de saúde selecionados sejam mais integrados a outros equipamentos de assistência social e exemplifica a relação de acessibilidade organizacional e econômica (SANTOS et al., 2021).

Diante disso, deve-se agregar uma dimensão técnica dos serviços, que priorize a sua adequação às necessidades dos pacientes e à qualidade dos serviços; uma dimensão voltada para as relações interpessoais que observam a interação psicológica e social entre pacientes e profissionais de saúde e, por fim, uma dimensão organizacional do processo quanto à acessibilidade aos serviços e extensão da cobertura dos serviços oferecidos, incentivando a adesão terapêutica e reduzindo, ainda, o abandono do tratamento para ajudar os pacientes a reformular seus projetos de vida (GONZALES et al., 2008).

Durante as entrevistas foram abordadas questões referentes à proteção social e como os benefícios oferecidos poderiam estar auxiliando neste processo do tratamento propriamente dito. Com bastante frequência foi citada a cesta básica que era fornecida no município em estudo, onde a maioria dos profissionais verbalizaram que uma das maneiras de conseguir a adesão ao tratamento era a realização de “barganhas” a fim de induzir o paciente a realizar o acompanhamento de forma adequada, e que para eles funcionava como uma moeda de troca pois forneciam o alimento ou até mesmo em alguns dos casos litros de leite em troca da manutenção do tratamento. Como esse benefício foi cortado justamente no primeiro ano da pandemia da COVID-19 a situação ficou mais complicada, pois estes já não tinham mais o que oferecer para estes pacientes.

Muitos dos profissionais participantes do estudo também afirmaram que durante o tratamento de TB-MDR, os pacientes precisam de uma nutrição adequada

afim de conseguirem tolerar as medicações, visto que, muitas vezes possuem efeitos colaterais, e com uma boa alimentação eles conseguem ficar mais tolerantes para darem continuidade ao tratamento. Uma boa nutrição é parte integrante da prevenção e tratamento da TB-MDR. Para pacientes que já vivem em situação de pobreza a alimentação adequada é impossível, levando a maior duração ou falha no tratamento (DESHMUKH et al 2018).

Todavia outra fragilidade trazida ao estudo, é que a regularidade no acompanhamento dos pacientes com TB-MDR tem sido prejudicada pela situação da COVID-19, haja vista que muitos profissionais relataram que houve diminuições nas visitas domiciliares, sendo realizadas apenas uma vez por semana e mantendo como uma forma de tratamento auto-administrado, por falta de profissionais e subsídios. Sabendo que o TDO uma das estratégias de maior relevância para o acompanhamento destes casos no que se diz respeito a relação interpessoal que se processa entre pacientes e profissionais de saúde, para identificação de fatores como a motivação e seguimento do tratamento, avaliação do risco de abandono, e também para manejo de efeitos colaterais, todavia a interrupção desse processo, pode afetar (ou está afetando) a continuidade do acompanhamento dos pacientes.

Assim, novas conformações do sistema de saúde e práticas de cuidado vêm sendo pensados no contexto da pandemia, com destaque para a implementação do Web-DOT, que possibilita o acompanhamento remoto dos pacientes com TB e garante essa adesão (CREPALDI et al., 2019) assim como mobilização de voluntários da família na supervisão destes pacientes em tratamento. É de extrema importância que mesmo com a situação de isolamento, o acesso ao tratamento da TB deve ser garantido e regular (MACIEL; GONCALVES JUNIOR; DALCOLMO, 2020).

O fator educacional também apareceu na pesquisa, através de falas dos entrevistados que em sua totalidade concordaram que a educação permite que o paciente alcance um acordo com seu diagnóstico, além de entender sobre os possíveis efeitos colaterais de drogas e agrega a responsabilidade pela sua própria saúde. Melhorar o conhecimento do paciente pode facilitar o comprometimento do tratamento. Já a baixa escolaridade está diretamente associada aos resultados negativos e a perda de monitoramento dos pacientes. (MCNALLY ET AL 2019)

O estudo evidenciou ainda, grande preocupação dos profissionais entrevistados em relação ao agravamento da situação de saúde do paciente, haja vista que já estão com TB-MDR e se também contraíssem COVID-19, teriam grandes chances de quadros mais severos, pela condição do pulmão debilitada pela TB-MDR. Acresce-se ainda, que não foi relatado nenhum paciente sob essa condição, mas grande empenho dos profissionais para prevenir a situação. Segundo o estudo de MACIEL et al (2020) considera em seus resultados preliminares que a TB é uma comorbidade importante para o agravamento do quadro clínico dos casos de COVID-19. Além disso, reforça que a medida de isolamento dos casos de TB poderá ser um importante fator a fim de diminuir a ocorrência de casos graves de COVID-19 e internações por doença nessa população.

Na literatura, observa-se que as descontinuidades terapêuticas decorrem também da forma de organização dos serviços de saúde, que por vezes tem uma agenda de funcionamento incompatível de um paciente que esteja trabalhando na formalidade e/ou informalidade (MARAHATTA et al., 2020), da exigência de visita do paciente ao centro de saúde, por vezes muito longe da sua residência, sem nenhum aporte financeiro por parte do sistema de saúde o que requer uma abordagem também com este ator.

O reconhecimento do controle e da eliminação da TB está vinculado ao debate sobre a promoção da saúde, que se fundamenta em propostas de políticas públicas saudáveis e intersetoriais. A ação intersetorial envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociar e a superação de conflitos para que se chegue finalmente a ações que envolvem principalmente o acúmulo de moldes, a construção de formulações e a descoberta de possibilidades de ação (SÁ et al., 2011). A intersetorialidade nos remete, por sua vez, à compreensão do apoio social, que perpassa as seguintes categorias: cônjuge, família, amigos, vizinhos, colegas, serviços especializados, grupos de autoajuda e profissionais de saúde e bem-estar (MAZZEI et al., 2003).

Alinhado a isso eliminação da TB também perpassa a questão da compreensão dos determinantes da TB-MDR à luz de diferentes olhares e subjetividades inerentes a cada contexto e ator hoje envolvido na luta contra a TB, e isso incluí os profissionais que estão na linha de frente do cuidado. A questão da TB-MDR já era um desafio no

país, pelos baixos percentuais de adesão, e pode se intensificar com a pandemia, todavia o estudo evidenciou compromisso por parte dos profissionais em enfrentar a situação, para alcance da equidade no cuidado.

Esse é um dos primeiros estudos no país que aborda a preocupação com a TB-MDR no contexto da pandemia da COVID-19, refletindo questões voltadas para os serviços de saúde e população brasileira, haja vista que se não monitorada adequadamente a TB-MDR pode tomar proporções inimagináveis, disseminando-se na população, o que fará seu controle ainda mais complexo.

Estudos já tem demonstrado o impacto da COVID-19 no contexto da TB sensível, e ainda o desmantelamento dos Programas de Controle da TB (HOGAN et al., 2020; SILVA et al., 2021), seja tem termos do diagnóstico, tratamento, e das medidas de prevenção para a quebra da cadeia de transmissão. Apesar de modestos progressos no controle da doença em escala nacional, com a COVID-19 houve retrocessos de quase uma década, haja vista que abalou os mecanismos de suprimento de drogas, fechamento dos serviços de saúde e ou atrasos/ interrupção na busca ativa, sustentabilidade da estratégia DOTS (MACIEL et al., 2020). É importante dizer que por meio de portaria ministerial, ações foram suspensas na pandemia, a exemplo a postergação da testagem de contatos assintomáticos, a investigação e tratamento de Infecção Latente de Tuberculose (ILTB), a diminuição das consultas dos pacientes com a doença e com ILTB, nos serviços de saúde de forma presencial, a reavaliação e/ou suspensão dos casos de pacientes em TDO e a dispensação de medicamentos mensalmente (BRASIL, 2020).

Portanto, o estudo traz aspectos a relevantes no que se refere avanço da agenda direcionada ao controle da TB, num contexto absolutamente atingido pelo impacto da COVID-19, portanto serve o estudo como uma possibilidade de refletir sobre decisões e ações e ou estratégias definidas no contexto da micro-política do processo de trabalho dos profissionais de saúde, o que pode contribuir para a mitigação e sofrimento decorrente da TB-MDR, num contexto agravado pela pandemia.

Dentre as limitações do estudo destacamos a abordagem utilizada de forma *on-line*, o que pode ter impedido a captação da comunicação não verbal, o que são importante aspectos a serem na abordagem qualitativa. Também não foi possível

conhecer o contexto onde estes trabalhadores de saúde atuavam, o que geralmente se faz por meio do estudo de campo. O grupo focal foi a estratégia inicial definida para essa pesquisa, onde é possível observar inclusive interação entre os participantes e também uma possibilidade de reflexão das práticas em serviços, nesse formato, on-line e individual, esses aspectos não puderam ser explorados. Seria de grande importância para estudos futuros a inclusão dos pacientes com diagnóstico de TB-MDR, a fim de realizar uma investigação de ambas as faces das relações terapêuticas. Todavia, o estudo trouxe pontos relevantes para qualificação e desenvolvimento dos serviços, sendo um dos primeiros, que vem a trabalhar com a TB-MDR no contexto da pandemia da COVID-19.

8. CONCLUSÃO

O estudo avança no conhecimento ao evidenciar os principais determinantes sociais da saúde que possui relação direta com a TB-MDR, segundo a percepção dos profissionais de saúde atuantes no cuidado destes pacientes. A pobreza continua sendo o principal fator de impedimento destes pacientes que realizam o tratamento e acompanhamento, podendo fazer com que haja agravamento das suas condições de saúde pelo encontro com a Pandemia. Além disso, fatores como abuso de álcool e outras drogas, pessoas vivendo em situação de rua, baixa escolaridade, a desnutrição está entre os determinantes mais íntimos nesse contexto, e isso pode ter se agravado no contexto da COVID-19, o que deve ser investigado.

A fim de minimizar o abandono do tratamento, os profissionais enaltecem as estratégias de adesão que eles utilizam para evitar a descontinuidade do tratamento, tais como a proteção social, com o fornecimento de benefícios para esse público. Um dos benefícios mais citados foi a cesta básica, pois além de auxiliar na adesão do tratamento também faz com que ele possua uma nutrição adequada fim de suportar as medicações de seu tratamento. Sob a prerrogativa da educação em sáude, essa também é uma das estratégias utilizadas para a motivação dos pacientes para a continuidade do tratamento.

Todavia outro aspecto trazido ao estudo, é a questão do impacto da pandemia da COVID-19 no acompanhamento dos pacientes com TB-MDR, pois a regularidade no acompanhamento dos pacientes com TB-MDR tem sido prejudicada, haja vista que muitos profissionais relataram que houve diminuições nas visitas domiciliares, sendo realizadas apenas uma vez por semana e mantendo como uma forma de tratamento auto administrado, por falta de profissionais e subsídios, até como consequência das políticas e decisões em âmbito do Ministério da Saúde. Vale destacar a originalidade do estudo, uma vez que não foi encontrada na literatura outra pesquisa que abordasse a tuberculose multidroga-resistente sob a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

Alecrim,T.F.D.A., et al. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, p. 808-15. 2016. doi:10.1590/S0080-623420160000600014.

ANDRADE, K.V.F.D., et al. Efeitos da proteção social sobre os desfechos do tratamento da tuberculose em países de renda baixa e média ou de carga alta da doença: uma revisão sistemática e meta-análise. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.1, 2018. https://doi.org/10.1590/0102-311x00153116

ARROYO, L.H., et al. Determinants of multidrug-resistant tuberculosis in São Paulo—Brazil: a multilevel Bayesian analysis of factors associated with individual, community and access to health services. **Tropical Medicine & International Health**, v.25, n.7, p. 839-849, 2020. https://doi.org/10.1111/tmi.13409

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BAGHAEI, P. et al. Impact of diabetes mellitus on tuberculosis drug resistance in new cases of tuberculosis. **Journal of Global Antimicrobial Resistance**. Iran, v.0 n. 4 p. 1–4, 2016. https://doi.org/10.1016/j.ijmyco.2014.11.034

BALLESTERO, J.G.A; et al. Manejo da tuberculose multirresistente: elementos centrais das recomendações brasileiras. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.46, n.2, 2020, e20190290-e20190290.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edição 70, 2011.

BOOKER, M.J.; SHAW, A.R.G.; PURDY, S. Why do patients with ‘primary care sensitive’ problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. **BMJ open**, v. 5, n. 5, e007726, 2015. doi:10.1136/bmjopen-2015-007726

BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 841-854, 2015. https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano nacional pelo fim da tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Disponível em: http://sinan.saude.gov.br/. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 31, p.13-27, 2013.

BRUST, J.C.M., et al. Integrated, home-based treatment for MDR-TB and HIV in rural South Africa: an alternate model of care [Perspectives]. **The international journal of tuberculosis and lung disease**, v. 16, n. 8, p. 998-1004, 2012. https://doi.org/10.5588/ijtld.11.0713

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CANZONIERI, A.M. Metodologia da pesquisa qualitativa em saúde. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2010.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde soc**., v. 26, n. 3, 2017. https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CRAIG, G.M. et al. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 56, p. 90-100, 2017. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.10.011

CREPALDI, N.Y., et al. SISTB: an ecosystem for monitoring TB. **Procedia Computer Science**, 164, 587-594, 2019. https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.12.224

CRUZ-BENITO, J. Systematic Literature Review & Mapping. 2016.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. **Stockholm: Institute for future studies**, 1991.

DESHMUKH, R.D. et al. Patient and provider reported reasons for lost to follow up in MDRTB treatment: a qualitative study from a drug resistant TB Centre in India. **PLoS One**, v. 10, n. 8, p. e0135802, 2015. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135802

DIEFENBACH-ELSTOB, T. et al. The social determinants of tuberculosis treatment adherence in a remote region of Papua New Guinea. **BMC Public Health**, v. 17, n 70, 2017. DOI 10.1186/s12889-016-3935-7

FILBY, A.; MCCONVILLE, F.; PORTELA, A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. **PloS one**, v. 11, n. 5, e0153391, 2016. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391

FONTANELLA, B.J.B., et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, 27, 388-394, 2011.

FRASER, M.T.D; GODIM, M.G. Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v.14, n.28, p.139 -152, 2004.

FRONTEIRA, I., et al. The SARS-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective. **One Health**, p. 100228, 2021.

GONZALES, R.I.C., et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42, p. 628-34, 2008. doi:10.1590/S0080-62342008000400003.

GONZALEZ REY, F.L.; GUZZO, R.S.L. Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. Pioneira Thomson Learning, 2003.

GRANT, M.J.; BOOTH, A.A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Information & Libraries Journal**, v.26, n.2, p. 91–108, 2009. https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

HARLING, A.N.; MARCIA, C.; CASTRO, A. spatial analysis of social and economic determinants of tuberculosis in Brazil. **Guy Health & Place**. v.25, p. 56–67, 2014. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.10.008

HOGAN, A.B. et al. Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. **The Lancet Global Health**, v.8, n.9, p.e1132-e1141, 2020.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **Lancet** (London, England), v. 396, n. 10255, p. 874, 2020.

JAMES, K.L.; RANDALL, N.P.; HADDAWAY, N.R. A methodology for systematic mapping in environmental sciences. **Environmental Evidence**, v.5, n.1, p.7, 2016. DOI 10.1186/s13750-016-0059-6

KHAN, K., RIET, G., GLANVILLE, J., SOWDEN, A., KLEIJNEN, J. Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness: CRD's Guidance for those Carrying Out or Comissioning Reviews. NHS Centre for Reviews and Dissemination, Universityof York, 2001.

KITCHENHAM B. Guidelines for Performing Systematic Literature Reviews inSoftware Engineering. **EBSE Technical Report**, EBSE-2007-001, 2007.

KITCHENHAM, B.A., BRERETON, O.P., BUDGEN, D., Using Mapping Studies as the Basis for Further Research – A Participant-Observer Case Study. **Information and Software Technology**, v. 53, p. 638-651, 2011. https://doi.org/10.1016/j.infsof.2010.12.011

LABORÍN-LANIADO, R. Clinical challenges in the era of multiple and extensively drug-resistant tuberculosis**. Rev Panam Salud Publica**, v. 41, n. 03, 2018. https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.167

LANGOIEN, L.J. et al. Systematic mapping review of the factors influencing physical activity and sedentary behaviour in ethnic minority groups in Europe: a DEDIPAC study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, n. 1, p. 99, 2017. DOI 10.1186/s12966-017-0554-3

LINHARES, S.R.D.S; PAZ, E.P.A. A vivência do tratamento de tuberculose em unidades de Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v.24, v.2, 2020. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0209

LÖNNROTH, K. **Social determinants social protection for TB - from evidence to policy**. 2016. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/combating-hiv-and-tb-through- joint-regional-action-northern-dimension-partnership>.

MACIEL, E.L.N.; GONCALVES JUNIOR, E; DALCOLMO, M.M.P. Tuberculosis and coronavirus: what do we know?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, e2020128, 2020. https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200010

MARAHATTA, S.B., et al. Barriers in the access, diagnosis and treatment completion for tuberculosis patients in central and western Nepal: A qualitative study among patients, community members and health care workers. **PLoS One**, v.15, n.1, e0227293, 2020. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227293

MAZZEI, A.M.A., et al. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Bol Pneumol Sanit**. v.11, p. 41-6, 2003.

MESFIN, M.M.; et al. Quality of tuberculosis care and its association with patient adherence to treatment in eight Ethiopian districts. **Health Policy Plan**, v. 24 n.6, p. 457-66, 2009. https://doi.org/10.1093/heapol/czp030

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, SP: HUCITEC; 2012.

MCNALLY, T.W. et al. Improving outcomes for multi-drug-resistant tuberculosis in the Peruvian Amazon–a qualitative study exploring the experiences and perceptions of patients and healthcare professionals. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 1-17, 2019.https://doi.org/10.1186/s12913-019-4429-y

MOREIRA, A.D.S.R., KRITSKI, A.L.; CARVALHO, A.C.C. Determinantes sociais da saúde e custos catastróficos associados ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.46, n.5, 2020. https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015

MUSSIE, K.M.; GRADMANN, C.; MANYAZEWAL, Tsegahun. Bridging the gap between policy and practice: a qualitative analysis of providers' field experiences tinkering with directly observed therapy in patients with drug-resistant tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia. **BMJ open**, v. 10, n. 6, p. e035272, 2020. Doi:10.1136/bmjopen-2019-035272

NEZENEGA, Z.S.; TAFERE, T.E. Patient satisfaction on tuberculosis treatment service and adherence to treatment in public health facilities of Sidama zone, South Ethiopia. **BMC health services research**, v.13, n.1, p. 1-8, 2013.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008.

OSEI-KWASI, H.A. et al. Systematic mapping review of the factors influencing dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe: a DEDIPAC study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 13, n. 1, p. 85, 2016. DOI 10.1186/s12966-016-0412-8

PETERSEN, K.; et al. Systematic Mapping Studies in Software Engineering. In: Proceedings of the 12th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering (EASE 2008), p.68-77, 2008.

PERUHYPE, R.C. et al. Transferencia de politica: perspectiva do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018. https://doi.org/10.1590/0104-070720180001710017

POLIT D.F.; BECK C.T.; HUNGLER B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre, RS: Artmed; 2009.

RAKESH, P.S.; et al. Patients' Perception towards Directly Observed Treatment - A Qualitative Study from Kollam District, Kerala, Southern India. **The Indian journal of tuberculosis**, v. 64, n. 2, p. 93–98, 2017.

https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2016.11.007

RAMMA, L.; et al. Patients' costs associated with seeking and accessing treatment for drug- resistant tuberculosis in South Africa**. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.19, n.12, p.1513–1519, 2015.https://doi.org/10.5588/ijtld.15.0341

REGO, A., PINA, M.; MEYER JR, V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, v. 17, p. 2, n. 43-57, 2018. https://doi.org/10.12660/rgplp.v17n2.2018.78224

RIBEIRO, Í.A.P., et al. Situação de rua: condição que vulnerabiliza ao consumo de substâncias psicoativas. **Revista Enfermagem Atual In Derme**. v.91, 2020. doi:10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.661.

SANTOS, F.L., et al. Patients' perceptions regarding multidrug-resistant tuberculosis and barriers to seeking care in a priority city in Brazil during COVID-19 pandemic: a qualitative study. **PLoS One**. v. 16, e0249822, 2021. doi:10.1371/journal.pone.0249822.

SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023.

SÁ, L.D.D., et al. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 19, p.387-95, 2011. doi:10.1590/S0104-11692011000200022.

SÁ, L.D., et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 712-718, 2007. https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400016

SHAWENO, D. et al. Methods used in the spatial analysis of tuberculosis epidemiology: a systematic review. **BMC medicine**, v. 16, n. 1, p. 193, 2018. DOI:10.1186/s12916-018-1178-4.

SHRINGARPURE, K.S. et al. "When treatment is more challenging than the disease": a qualitative study of MDR-TB patient retention. **PLoS One**, v. 11, n. 3, p. e0150849, 2016. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150849

SHUHAMA, B.V et al. Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas.**Rev. Esc. Enferm.**

USP. São Paulo, v. 51, n. 3 p. 275, 2017. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016050703275

SILVA, A.H.; FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v.16, n.1, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113

SILVA, D.R. et al. Tuberculosis and COVID-19, the new cursed duet: what differs between Brazil and Europe?. **J. bras. pneumol. [online]**, v.47, n.2 [cited 2021-05-23], e20210044, 2021. https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210044

SINGER, Merrill et al. Syndemics and the biosocial conception of health. **The Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 941-950, 2017. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva, 2010, WHO 2010.

SONG, Q. et al. Imaging Features of Pulmonary CT in Type 2 Diabetic Patients with Multidrug-Resistant Tuberculosis. **PloS one**, v.11, n.3, 2016. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152507

TONG, A., SAINSBURY, P., CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int **J Qual Health Care**, v.19, n.6, p.349-357, 2007. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

TURATTO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

VILBRUN, S.C., et al. Case Report: Multidrug-Resistant Tuberculosis and COVID-19 Coinfection in Port-au-Prince, Haiti. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v.103, n.5, p.1986-1988, 2020. https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0851

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), **Global tuberculosis report 2017**. WHO, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), **Global tuberculosis report 2020**. WHO, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis profile**. Disponível em:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE I - **Roteiro semiestruturado das entrevistas com os profissionais-chave**

ABERTURA		
Data: / /	Horário: Início:	Término:
Entrevistador:		
Código Gravação: **		
Leitura e assinatura em duas vias do termo de consentimento informado, solicitar autorização para gravação.		
Apresentação do participante: Quem sou eu? Em que organização de saúde/ serviço eu trabalho? Sou a Ludmilla, enfermeira mestranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Ricardo Arcêncio. A pesquisa é intitulada: "Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga-resistente no estado de São Paulo: Da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes". Estamos iniciando a segunda fase da investigação, que é etapa qualitativa, e O/A senhor/ senhora foi convidada para participar da pesquisa, pois foi considerado participante-chave para compreensão da TB-MDR no estado de São Paulo; Nossa pesquisa consiste na elaboração de algumas perguntas abertas e o senhor fique a vontade para discorrer.		

QUESTÕES CHAVE
1.Como é um dia normal de seu trabalho? Que ações você realiza? Pode nos descrever um pouco das suas atividades na assistência à pacientes com TB resistente? Tempo nessa função.
2. Quando se fala TB-MDR, quais são suas causas?
3. Como tem sido sua experiência de cuidar/ assistir pacientes com TB-MDR? Quais foram as dificuldades encontradas?
4. Em suas experiências pessoais, a questão econômica, social e o nível educacional dos pacientes podem influenciar no adoecimento? O que o senhor(a) tem vivenciado no seu cotidiano?
5. A dificuldade do acesso dos pacientes ao sistema de saúde pode colaborar para o desenvolvimento da TB-MDR? O senhor (a)acha que a organização dos serviços pode influenciar no tratamento e no desenvolvimento da TB-MDR?
6. Em sua experiência pessoal, condições como doenças crônicas, etilismo, tabagismo ou uso de outras substâncias podem ter influenciado nesse desfecho?
7. Os serviços de saúde estão preparados para lidar com o problema da TB-MDR?

8. A rede de proteção social (bolsa família, benefícios sociais, cesta básica) tem impacto no indivíduo com TB-MDR? Como a presença e a ausência desses benefícios influenciam nos casos de TB-MDR?
9. Na sua opinião o que fazer para evitar os casos de TB-MDR no estado de São Paulo?
10. Em sua opinião, como se daria uma Rede de Assistência à pessoas com TB-MDR?
11. Considerando a pandemia da COVID-19, você acha que isso vai interferir no quadro de morbi-mortalidade por TB-MDR? Por quê?

QUESTÃO DE FECHAMENTO E VERIFICAÇÃO
12.Na sua opinião quais foram os avanços alcançados até o momento atual para o controle da TB-MDR?
13. De tudo que foi discutido, o que lhe parece mais importante? Deixamos de falar algo importante?
ENCERRAMENTO: Breve resumo (5') das questões acenadas pelos grupos. Registro dos agradecimentos de participação.

APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) senhor(a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada de **"Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga-resistente no estado de São Paulo: Da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais e pacientes"**, coordenada e desenvolvida pelo Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada na Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário – Bairro Monte Alegre – Ribeirão Preto – SP – Brasil. CEP: 14040-902. Sala 34. Telefone: (16) 3315-4408. Ela tem como objetivo: **Analisar os determinantes da tuberculose multidroga resistente no estado de São Paulo considerando a abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes.** Sua participação é voluntária e consistirá em responder oralmente a um questionário semiestruturado, a ser realizado por meio de ferramenta online e de acordo com seu tempo disponível, a entrevistada será gravada e posteriormente transcrita para análise. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose multidroga resistente no estado de São Paulo.

A coleta dos dados empíricos dar-se- á por meio de entrevistas individuais orientadas por roteiro com questões semiestruturadas que serão realizadas pelo entrevistador e o (a) Sr (a). deverá responde-lo
oralmente para gravação, com tempo previsto de 60 minutos para todas as respostas. Os riscos decorrentes de sua participação são de ordem psicoemocional, sendo este ocasionado pelo possível desconforto em responder o questionário. Caso o (a) Sr (a). apresente esse desconforto e precise de ajuda durante a entrevista, o entrevistador (a) tomará as medidas cabíveis e lhe acompanhará por todo o tempo, de modo a lhe auxiliar neste momento até a resolução do desconforto. Caso o(a) Sr(a). venha a sofrer algum dano psicoemocional no momento da pesquisa terá o direito a indenização e cobertura material para reparação do dano, bem como o ressarcimento de eventuais despesas.

Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr(a). desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) Sr(a). não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Os benefícios diretos a(o) Sr(a) serão maior compreensão da tuberculose multidroga resistente, a oportunidade de ter um momento direto e privativo com o entrevistador para tirar dúvidas da tuberculose e a compreensão do caminho que deve ser percorrido nas unidades de saúde enquanto for um doente de tuberculose multidroga resistente. Assim, espera-se com o referido estudo a contribuição para a melhoria do planejamento, organização, monitoramento e avaliação do serviço de saúde em relação ao doente de tuberculose multidroga resistente, buscando de tal forma a melhoria da qualidade do serviço prestado, assim como promover

intercâmbio de informações, conhecimentos e inovações em linguagem adequada aos diferentes públicos, por meio de divulgação e publicações específicas, com vistas a subsidiar a tomada de decisão no controle da TB.

Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a).poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário - Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP – Brasil. CEP: 14040-902. Sala 34. Telefone: (16) 3315-4408, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/EERP/USP, na Rua Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário - Bairro Monte Alegre – Ribeirão Preto – SP – Brasil. CEP: 14040-902. Sala 38, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Telefone: (16) 3315-9197 e-mail: cep@eerp.usp.br

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa. Sob número CAAE: 19520819.0.0000.5393.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu li e concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Ribeirão Preto, ___, de_____ de 20__.

_____
Assinatura do entrevistado

_____
Assinatura do entrevistador

_____
Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

ANEXOS

ANEXO I – Termo de anuência da secretaria de saúde do estado de São Paulo (SP) para submissão ao CEP.

CVE SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO

São Paulo, 8 de Agosto de 2019.

TERMO DE ANUÊNCIA

A Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, declara que esta ciente e apoia o desenvolvimento do projeto "**Estudo misto da Tuberculose Multidroga-resistente no estado de são Paulo : da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes** ".

Maria Josefa Penón Rújula
Médica da Divisão de Tuberculose

Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias
Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - CVE
Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar – sala 615 | CEP 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8764
E-mail:dvtbc@saude.sp.gov.br

ANEXO II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem

Ofício CEP-EERP/USP nº 0238/2019, de 23/10/2019

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "*ad referendum*"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 22 de outubro de 2019.

Protocolo CAAE: 19520819.0.0000.5393

Projeto: Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga-resistente no estado de São Paulo: Da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes

Pesquisador: Ricardo Alexandre Arcêncio

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

ANEXO III – Termo de autorização do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) para realização da pesquisa.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Carta de Anuência

Ilmos Srs.

Prof. Dr. Antônio Pazin Filho

Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela

Eu, Ricardo Alexandre Arcêncio, Professor Associado do Departamento Materno – Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), portador do CPF: 21626211850 e RG: 32655995-4, responsável pelo projeto Regular FAPESP processo nº 2018/14337-0, sob o título: "Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga-resistente no estado de São Paulo: Da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes"; aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob protocolo CAAE: 19520819.0.0000.5393. Venho pelo presente, solicitar autorização do Departamento de Clínica Médica (Moléstias Infecciosas) do Hospital das Clínicas Da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) para a realização da coleta de dados do referido projeto. Esta coleta será realizada junto aos profissionais que acompanham os pacientes em tratamento da tuberculose multidroga-resistente, por meio de grupos focais. O objetivo desta informação é conhecer as percepções dos determinantes da TB-MDR a partir das experiências dos profissionais da saúde que já experienciaram o fenômeno de interesse.

Contando com a autorização, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Ribeirão Preto, 11 de dezembro de 2019.

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública

Prof. Dr. Valdes Roberto Bollella
Departamento de Clínica Médica

Dr. Valdes Roberto Bollela
CRM 75.229

Prof. Dr. Antônio Pazin Filho
Chefe de Departamento de Clínica Médica

Prof. Dr. Paulo Louzada Júnior
Vice-Chefe do Departamento de Clínica Médica