

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

THAÍS TENÓRIO GARCIA DE MOURA

**A APLICAÇÃO DE MARCADORES DE ADESÃO
NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**

**SÃO PAULO - SP
2021**

THAÍS TENÓRIO GARCIA DE MOURA

**A APLICAÇÃO DE MARCADORES DE ADEÇÃO
NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**

Versão corrigida da Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências, junto ao programa de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO - SP
2021**

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Moura, Thais Tenório Garcia de

A aplicação de marcadores de adesão no tratamento da
tuberculose/ Thaís Tenório Garcia de Moura. São Paulo, 2021. 78 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Luiza de Fátima Pinho Lins
Gryschek

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

1. Tuberculose 2. Adesão ao Tratamento 3. Vulnerabilidade 4.
Atenção Primária à Saúde 5. Enfermagem I. Título.

Autor: Thaís Tenório Garcia de Moura

Título: A aplicação de marcadores de adesão no tratamento da tuberculose.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Aprovado em : ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof^{ca}. Dr^a. Anna Luiza de Fátima P. Lins Gryscek Instituição : Escola de Enfermagem da USP

Julgamento : _____ Assinatura _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____

Julgamento : _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____ Instituição: _____

Julgamento : _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento : _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*À Deus, por seu cuidado e seu sustento. Eu
preciso Do Senhor mais do que o ar que eu
respiro*

*Aos meus filhos, pela compreensão e estímulo.
Vocês são a minha força*

*Aos meus pais, por terem me ajudado.
Sempre e sempre e sempre.
Sem vocês eu não teria conseguido.*

Agradecimentos

À Profª Dra. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryschek, obrigada por ter aceitado esse desafio e acreditado em mim. Sem o seu apoio eu jamais teria conseguido. Sua doçura e energia tornaram tudo mais leve. Agradeço a Deus por sua vida.

À Profª Dra.ª Renata Ferreira Takahashi, sua paciência e generosidade me emocionaram muitas vezes. Você foi um presente que a vida me deu.

À Profª Dra.ª Maria Rita Bertolozzi por sua disponibilidade, generosidade e orientações quando precisei.

Às minhas amigas Thaís Pola, Paula Barrioso e Kelly Lino, pelas risadas, cafés, abraços, passeios e colos nessa fase de reconstrução da minha vida.

Ao meu irmão que, mesmo não estando tão perto, torceu por mim e se alegrou com a minha vitória

À minha amiga Érika Torezan Rosim Campos por ter me incentivado nessa empreitada. Você faz tudo parecer mais fácil.

Ao meu amigo Kurts Campos pelas dicas e explicações tão claras. Você é um mestre.

À Giovana (doutoranda) por sua disponibilidade e paciência. Suas explicações foram muito valiosas para minha reflexão.

Ao Thiago, por suas correções e ajustes tão finos. As 'viajadas' foram mais valiosas do que você imagina.

Ao estatístico Bernardo, seu trabalho foi fundamental para o desenvolvimento dessa pesquisa.

À Casa de Saúde Santa Marcelina por ter me concedido a oportunidade do crescimento profissional e pessoal. É com muito orgulho que faço parte desta equipe.

Aos colaboradores da UBS Inácio Monteiro que estiveram ao meu lado nessa jornada, pelo incentivo e cuidado constantes. Vocês moram no meu coração.

Às amigas do Mestrado Profissional que caminharam ao meu lado nesses dois anos.

Aos funcionários da biblioteca, pela ajuda e disposição sempre presentes.

Às funcionárias da Secretaria, pelo carinho e simpatia com que sempre me acolheram.

À Escola de Enfermagem da USP, lugar onde passei dias maravilhosos de aprendizado, reflexão e auto conhecimento. Dias que jamais esquecerei.

Moura TTG. A aplicação de marcadores de adesão no tratamento da tuberculose. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMO

Diante do cenário epidemiológico nacional, a Tuberculose (TB) configura-se como um agravo de grande relevância, e sua manutenção expressa um cenário de iniquidades sociais. Sendo assim, a adesão ao tratamento da doença é um dos principais desafios para o seu controle, pois a taxa de abandono continua elevada em quase todo o território brasileiro. **O objetivo do estudo** é avaliar os desfechos das pessoas em tratamento da tuberculose por meio da aplicação do instrumento "Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose" (MATT). **Metodologia:** trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa, em que os dados foram coletados por , por meio de entrevista individual, em que foram aplicados os 28 marcadores (MATT) a 70 pessoas no início do tratamento da doença (primeiros 60 dias), em Unidades Básicas de Saúde (UBS) das regiões Centro, Oeste, Sul e Leste do município de São Paulo (SP), no período de março de 2015 a agosto de 2016. Os dados dos desfechos dos tratamentos (cura ou abandono) foram coletados entre os meses de janeiro e março de 2017, pela pesquisadora, presencialmente nas UBSs, por meio de contato telefônico com as enfermeiras responsáveis pela vigilância epidemiológica das UBSs, e, presencialmente na Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), junto à responsável pelo Programa da Tuberculose no município de São Paulo pelo site TBWEB. Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para a análise dos escores dos marcadores, e sua associação entre os casos de abandono. **Resultados:** Entre as 70 pessoas, (a maioria do sexo masculino, possui baixa escolaridade, trabalha, vive com familiares, não faz uso regular de bebida alcoólica, droga e fumo, compartilhou o diagnóstico com amigos/família, não tem conhecimento adequado e suficiente sobre a doença; faz tratamento supervisionado, e refere que a doença tem impacto negativo sobre a vida e trabalho). Os desfechos dos tratamentos das 70 pessoas foram: 92,90% (65) cura e 7,1% (5) abandono; não houve diferença entre a vulnerabilidade média das pessoas que obtiveram cura (74,92, dp = 6,168; 59 – 90) e daquelas que abandonaram o tratamento (76,40, dp = 4,393; 72 - 83); somente 3 (três) marcadores mostraram associação com as pessoas que abandonaram o tratamento: o consumo de álcool ($p = 0,025$), o impacto da doença sobre a vida ($p = 0,034$) e a reação negativa frente o diagnóstico ($p = 0,014$). **Conclusão:** Na população estudada, e no presente estudo, o instrumento MATT, não possibilitou identificar as pessoas com maior vulnerabilidade ao abandono do tratamento da tuberculose. No entanto, constitui-se em importante ferramenta assistencial, que pode possibilitar a intervenção da equipe sobre os marcadores que identificam elementos de vulnerabilidade para a adesão ao tratamento da TB. Como produto de pesquisa, foi sugerido um guia de entrevista pré-tratamento da TB, a ser aplicado em consulta de enfermagem, como sinalizador da vulnerabilidade à adesão ao tratamento da TB.

Palavras-chave: Tuberculose, Adesão ao Tratamento, Vulnerabilidade, Atenção Primária em Saúde, Enfermagem.

Moura TTG. Markers of adherence to tuberculosis treatment: application and evaluation. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2021.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) stand as one of the most critical public health issues in some areas of Brazil and the abandon of the treatment, that takes 6 months, remains as the main obstacle to control the infection caused by this bacillus. **This paper aims** assess the outcomes of people being treated for tuberculosis through the application of the instrument to evaluate a method so called “Tuberculosis Treatment Adhesion Markers” (TTAM in English, or MATT in Portuguese). **Methodology:** the TTAM method was applied in 70 people infected by the TB bacillus in the beginning of the treatment, in public health centers of São Paulo city, from March 2015 to August 2016. Afterwards, the outcome of the 6 months treatment (cure or renunciation) was collected by the public health coordinators. These numbers were analyzed using the Fischer’s exact test, where the null hypothesis is that the TTAM score may previously detect the people which will quit the treatment. **Results:** the figures from the group analyzed show that 92.90% reach the cure (65 people) and 7.10% renounced (5 people). The score among the patients which came to the cure was in average 74,92 (standard deviation 6.168) and the score among those who renounced was 76.40 (standard deviation 4.393). Therefore, no difference was observed in the score from renounce or cure, which leads to the conclusion that the TTAM Score is not able to detect the abandon. Additionally, from the 28 markers, only 3 figured out as statistic related with renounce, videlicet alcohol consume ($p = 0,025$), impact on tuberculosis on personal life ($p = 0,034$) and how does the patient react when the diagnostic is positive ($p = 0,014$). **Conclusion:** In the population studied, and in the present study, the instrument MATT, wasn’t able to identify the people with more vulnerability to the tuberculosis’s treatment abandonment. Although, it is constituted in important assistencial tool, that can make the intervention of the team above the markers that identify elements of vulnerability to the adhesion to the treatment of TB. As a product of research, it was suggested a guide of interview pre - treatment of TB, to be applied in nursing consultation, as a sign of vulnerability to adhesion to the treatment of TB.

Keywords: Tuberculosis, Adherence to Treatment, Vulnerability, Primary Health Care, Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1 – Relação dos sujeitos do estudo, desfechos do tratamento e somatória dos escores de vulnerabilidade para cada marcador. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo – SP, Brasil, 2015 – 2016.	44
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 - Escores de Vulnerabilidade de Abandono ao Tratamento da Tuberculose segundo instrumento (MATT) no Município de São Paulo 2015-2016.....	43
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela. 4.1 - Características sociodemográficas do grupo de estudo. São Paulo – SP, Brasil, 2015-2016.....	36
Tabela. 4.2 - Características relacionadas ao Processo Saúde-Doença do grupo do estudo. São Paulo – SP, Brasil, 2015- 2016.....	38
Tabela. 4.3 - Características do grupo de estudo relacionadas ao Tratamento da TB. São Paulo – SP, Brasil, 2015- 2016.	39
Tabela. 4.4 - Características do grupo de estudo relacionadas aos Serviços de Saúde. São Paulo - SP, 2015- 2016.....	41
Tabela. 4.5 - Distribuição dos marcadores de adesão ao tratamento da TB segundo a proporção dos escores de vulnerabilidade à adesão ao tratamento da TB. São Paulo – SP, 2015- 2016..	42
Tabela. 4.6 - Distribuição do grupo de estudo segundo a média e mediana dos marcadores de vulnerabilidade a adesão ao tratamento da TB. São Paulo – SP, 2015- 2016.....	45
Tabela. 4.7 - Distribuição dos marcadores de adesão ao tratamento da TB, segundo os desfechos de tratamento. São Paulo – SP, 2015- 2016	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

a.C.	ANTES DE CRISTO
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
AMA	ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
BK	BACILO DE KOCH
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CRS	COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
CTA	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO
COVISA	COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DA	DISTRITO ADMINISTRATIVO
DOTS	DIRECT OBSERVED TREATMENT STRATEGY SHORT COURSE
IST	INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
HIV	HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS
MR	MULTIRRESISTENTE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PA	PRONTO ATENDIMENTO
PCR	POLYMERASE CHAIN REACTION
PNCT	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
OS	PRONTO SOCORRO
SAE	SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
STS	SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUVIS	SUPERVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
TB	TUBERCULOSE
TB DR	TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE
TBXDR	TUBERCULOSE EXTENSIVAMENTE RESISTENTE
TDO	TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE	16
1.2	POLÍTICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	18
1.3	POLÍTICAS NACIONAIS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	20
1.4	ADESÃO NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	21
1.5	PROBLEMA DE PESQUISA.....	23
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	OBJETIVO GERAL	26
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	26
3	METODOLOGIA	28
3.1	REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.2	TIPO DE ESTUDO	29
3.3	CENÁRIO DO ESTUDO	30
3.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO	31
3.5	COLETA DE DADOS.....	31
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	33
4	RESULTADOS	35
4.1	DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS, DOS ASPECTOS RELATIVOS AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AO TRATAMENTO DO GRUPO DE ESTUDO.	35
4.2	DISTRIBUIÇÃO DOS MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA TB SEGUNDO OS ESCORES DE VULNERABILIDADE AO ABANDONO OU À ADESÃO.	41
4.3	CORRELAÇÃO ENTRE OS ESCORES DE VULNERABILIDADE PARA CADA MARCADOR E O DESFECHO DOS CASOS DE TB.....	45
5	DISCUSSÃO.....	50
6	CONCLUSÃO.....	57
7	REFERÊNCIAS.....	60
8	ANEXOS	69

Apresentação



APRESENTAÇÃO

Ingressei no Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde (MPAPS) com o objetivo de me qualificar para a prática assistencial às pessoas em tratamento da Tuberculose (TB). Atuando como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no extremo Leste do município de São Paulo, tive a oportunidade de vivenciar situações complexas, antes desconhecidas, já que minha vivência era eminentemente hospitalar. A unidade de saúde era composta por 4 equipes de ESF, e a vulnerabilidade estava presente de todas as formas; nesse cenário complexo, era preciso especializar-se, e, trazer a teoria para as abordagens do território. A população era de cerca de 16.000 pessoas, e a incidência da TB era de 1/1000 habitantes, com taxas de abandono superiores a 10%. Foi então, já cursando o MPAPS na EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), por intermédio da Prof.^a Dra. Maria Rita Bertolozzi, que conheci o instrumento MATT (Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose), que havia sido desenvolvido em tese de doutorado por Dra. Edilma Cavalcante. Cabe ressaltar que, os marcadores de adesão propostos pela pesquisadora, são frutos de um projeto matriz, do grupo de pesquisa: Adesão ao Tratamento da Tuberculose: Implementação de Marcadores para o Monitoramento de Pacientes, patrocinado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Parecer: 1.075.045, relatoria em 19/05/2015, e de uma série de estudos realizados pelo grupo de pesquisa supracitado. O instrumento havia sido aplicado em 70 pessoas em tratamento da Tuberculose (TB), que se encontravam na primeira fase (primeiros dois meses), do tratamento da doença, em unidades básicas de saúde do município de São Paulo, por alunas da EEUSP; era premente a necessidade em se realizar as análises dos desfechos dos tratamentos, e, correlacioná-los aos escores dos marcadores, na busca de identificar se o instrumento apresentou valor preditivo para a população estudada.

Diante do cenário epidemiológico do território onde atuo, e da inexistência de ferramentas aplicáveis na rotina dos profissionais que atuam no combate à TB, iniciei o desafio proposto, em analisar os desfechos da população estudada conforme aplicação do instrumento em pauta, no que se refere à não adesão ao tratamento

1. Introdução



1 INTRODUÇÃO

1.1 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada por um único agente etiológico: o *Mycobacterium tuberculosis*. É uma bactéria aeróbia, de formato bacilar fino, que possui uma parede celular lipídica, de crescimento lento, corável pelo método de Ziehl-Neelsen, denominado também *bacilo álcool ácido resistente (BAAR)*. A lentidão no crescimento celular, pode ser atribuída à lenta absorção de nutrientes de sua parede celular lipídica. Também pode-se atribuir à tal característica, a resistência das micobactérias a alguns antibióticos, bem como o mecanismo de ação da isoniazida, que atua na síntese dos ácidos graxos (Trabulsi et al, 2000).

A transmissão da doença, se dá por meio de bacilos expelidos na tosse, espirros ou fala, de um doente com TB bacilífera laríngea ou pulmonar (Brasil, 2017; 2018; 2019). Estima-se que um doente bacilífero infecte de 10 a 15 pessoas em média, em uma população, durante um ano, e, que cerca de 5% dessas pessoas irão adoecer por TB, nos dois primeiros anos após a infecção, e, as outras 5% adoecerão ao longo de suas vidas, caso não seja instituído o tratamento preventivo preconizado (Brasil, 2018).

Supõe-se que 1,7 bilhões de pessoas (23% da população mundial) têm TB latente, com risco de desenvolverem a doença ao longo de suas vidas. Em 2018, cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram por TB no mundo, e a doença, foi a causa da morte de 1,3 milhões de pessoas HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) negativas e 300.000 pessoas HIV positivas. Esses dados mantêm a TB como uma das 10 principais causas de morte no planeta (WHO, 2018; Brasil, 2019).

O Brasil, a Federação Russa, a Índia, a África do Sul e a China juntos, possuem 50% dos casos de TB no mundo; o Brasil ocupa a 18ª posição entre os 20 países que concentram a maior carga da doença. No ano de 2019 foram notificados no país 73.864 casos novos, um coeficiente de incidência de 35,0/100 mil habitantes (Brasil, 2020).

A análise da evolução dos dados epidemiológicos da TB no Brasil, nas duas últimas décadas, sinaliza que as medidas de controle praticadas têm gerado resultados positivos: em 1990, o coeficiente de incidência da doença era de 51,8/100.000 hab e a taxa de mortalidade, 3,8/100.000 hab, já em 2018 foram notificados 72.788 casos de TB e 4.490 mortes pela doença, apresentando um coeficiente de incidência de 34,8/100.000 hab, e mortalidade de 1,9/100.000 hab. A queda média anual entre os anos de 2008 a 2017 foi de 2,0% (Brasil, 2018 ; 2019).

Realizando-se a análise por unidade federativa, Rio de Janeiro e São Paulo destacaram-se por apresentarem a maior concentração de casos novos, sendo em 2018, 11.139 (incidência de 66,3 por 100.000 hab.) e 17.974 (incidência de 39,6 por 100.000 hab.) respectivamente (Brasil, 2019).

Embora a incidência da doença venha apontando declínio, ainda pode ser considerada como elevada, considerando-se que se trata de uma doença para a qual se dispõe de meios para o diagnóstico e tratamento de baixo custo e fácil acesso (Brasil, 2015).

Barreto et al (2012) atribuem a redução dos coeficientes de incidência e mortalidade à política de financiamento adotada pelo governo, e à descentralização das ações de controle da TB para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacando a atuação ampliada das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo envolvimento na realização de tais ações repercutiram positivamente na ocorrência deste agravo. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) e a redução do coeficiente de incidência da aids, também são citados como responsáveis por essa redução (Brasil, 2016). Mesmo com a tendência de queda das taxas de incidência e mortalidade por TB nos últimos anos, o Brasil ainda não conseguiu alcançar as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de curar 85% dos casos novos bacilíferos e reduzir o abandono para menos de 5%. (Brasil, 2018).

É pertinente relembrar que para alcançar a meta estabelecida na Estratégia pelo Fim da Tuberculose da OMS, de redução na incidência da doença para menos de 10 casos/100 mil habitantes, seria necessário redução global de 4 a 5% ao ano (Brasil, 2019).

Neste cenário, em 2018, a taxa de cura da TB, no país foi de 69,6%; no estado de São Paulo, 79,0% e no município de São Paulo, 75,3%. Comparativamente, no mesmo ano, a unidade federativa que obteve a maior taxa de cura nos tratamentos de TB foi o Acre: 89,6%, contrapondo-se à Paraíba: 53,8%. Relacionado ao abandono do tratamento, os dois estados que se destacam são: Rondônia, onde 18,0% dos casos novos abandonaram o tratamento, apresentando a maior taxa do território nacional, contrapondo-se ao estado do Acre que apresentou a menor taxa de abandono em relação às demais unidades federativas: 4,1% (Brasil, 2020).

Vale ressaltar que o abandono é caracterizado pela não tomada de medicações por mais de 30 dias consecutivos, tanto na modalidade TDO, quanto no tratamento autoadministrado (Brasil, 2011).

A condição da TB, no município de São Paulo, traduz as desigualdades sociais existentes dentro de uma grande metrópole, e reflete diretamente sobre a adesão ao tratamento

Thaís Tenório Garcia de Moura

da doença, presentes em todo o Município (Cavalcante, 2012). Sua situação endêmica se deve principalmente ao caráter social, uma vez que está mais presente nos centros urbanos e em grupos sociais mais vulneráveis. A inserção das pessoas na sociedade estabelece as circunstâncias para o fortalecimento e para as deficiências perante a vida e o trabalho, tornando indivíduos vulneráveis ao desenvolvimento da doença (Terra, 2008). É oportuno citar, como exemplo, os privados de liberdade, e as pessoas vivendo com HIV/AIDS cujo risco de adoecer é 28 vezes maior que na população em geral, ao passo que aqueles que vivem em situação de rua, 56 vezes (Brasil, 2018).

Acrescem-se a esse conjunto de questões, as elevadas taxas de abandono ao tratamento no município, com sérias implicações para o cenário epidemiológico, como a manutenção da cadeia de transmissão da doença, a mortalidade, o aparecimento da resistência aos fármacos e da Tuberculose Extensivamente Resistente (TB – XDR), principais desafios no controle da TB (Brasil, 2011; Lima et al, 2016).

POLÍTICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Em 1993, a OMS declarou a situação da TB uma emergência mundial, devido ao aumento significativo do número de casos novos, à coinfeção HIV/TB e ao surgimento de casos de resistência aos fármacos, iniciando então um novo planejamento do panorama global da doença. A TB foi inserida nas políticas de saúde internacionais e alinhada às estratégias mundiais de controle, a elaboração da estratégia DOTS (Direct Observed Treatment Strategy Short – Course), foi considerada um plano eficaz no combate à doença (OMS, 2011).

A estratégia DOTS representa um conjunto de medidas incluindo o TDO, que vem se mostrando eficaz para os tratamentos de TB, e objetiva a redução dos casos de abandono e o aumento das taxas de cura (Brasil, 2011). Baseia-se na consolidação da adesão do paciente ao tratamento da TB, para o qual o doente pode ir à unidade de saúde ou o profissional ir até o domicílio, para observação diária da ingestão dos medicamentos, porém, além da tomada da medicação supervisionada, o TDO deve ter outros objetivos, como a construção do vínculo entre ambos, observação do ambiente familiar e social, identificação de barreiras que dificultam o tratamento, entre outros (Brasil, 2011).

Posteriormente, no ano 2000, na Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, os 20 países responsáveis por 80% da carga mundial da tuberculose reuniram-se em Amsterdam, com o objetivo de examinarem a situação da doença e, aprovaram a Declaração de Amsterdam, que baseia-se em um conjunto de medidas, visando

Thaís Tenório Garcia de Moura

deter a TB, estabelece metas de identificação de 70% dos casos bacilíferos ou mais, e cura no mínimo de 85% destes (Brasil, 2014).

Em 2006, a OMS lançou outra estratégia, a STOP-TB, almejando o alcance das metas globais que visavam reduzir o ônus global da TB até 2015. Esta estratégia é composta por seis pilares, e tem o DOTS como ação central. Visa ampliar, aprimorar e qualificar a estratégia DOTS; tratar as pessoas com coinfeção TB/HIV, TBMR (Tuberculose Multirresistente), pessoas privadas da liberdade, refugiados, pessoas vivendo em situação de rua e demais populações vulneráveis; contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde, através da revisão das políticas de saúde, de financiamento, de gestão de recursos humanos, compartilhar inovações; envolver todos os provedores da saúde; impelir o empoderamento de portadores de tuberculose e comunidades e capacitar e promover a pesquisa (OMS, 2009).

Em consonância e continuidade às estratégias mundiais de enfrentamento, O Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015 (*The Global Plan to Stop Tuberculosis 2011-2015*), elaborado pela OMS, em 2009, apresentava como objetivos elementares, reduzir pela metade a incidência e a mortalidade por TB até 2015, considerando as taxas do ano 1990 e, eliminar a doença como problema de saúde pública até 2050, estimando-se que o adoecimento por TB seja de um indivíduo em cada um milhão de habitantes no mundo (Brasil, 2015).

A Conferência Rio +20, que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, em 2012, foi celeiro para a criação dos ODS (Objetivos do Desenvolvimento Sustentável), que orientam as políticas e as ações para os próximos quinze anos, sucedendo a atualização dos ODM (Objetivos do Desenvolvimento do Milênio). O Objetivo 3, dos ODS, propõe e assegura a promoção do bem estar e saúde para todos. Dispõe sobre a erradicação das epidemias de aids, malária, hepatites, a redução de 90% da TB em escala global, chegando à sua eliminação até o ano de 2050. A estratégia criada pela OMS, *End TB*, aparece como reforço neste sentido (Trajman, 2018).

Como estratégias pós 2015, foi aprovado na Assembleia Mundial de Saúde em 2014, em Genebra, a Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose pós 2015 – Estratégia pelo fim da Tuberculose, que tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose”, que traz metas ousadas, utilizando-se da proteção social, como ferramenta de suporte às pessoas e às populações afetadas, e a atenção centrada no paciente, considerando-se a determinação social da doença, o incentivo à pesquisa e a adoção de novas tecnologias (Brasil, 2016; 2018).

Os resultados previstos a serem alcançados até o ano de 2035, tomando-se como referência o ano de 2015 são: reduzir a incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e reduzir o número de mortes pela doença em 95%. A OMS definiu que, com esse coeficiente de incidência, a TB deixa de ser um problema de saúde pública mundial (Brasil, 2016; 2018).

E, para instrumentalizar a estratégia, foi lançado o Plano Global pelo Fim da Tuberculose 2016-2020 e planos regionais para as regiões estratégicas da OMS. Esses planos destacam as populações vulneráveis, e ainda consideram os determinantes sociais da tuberculose, os desafios relacionados ao baixo percentual de cura e de testagem para o HIV, e os casos não diagnosticados da doença, inclusive na forma resistente. Além disso, recomenda-se que seja elaborado um instrumento similar nos países da região com propostas inovadoras, em resposta à essa nova estratégia de controle da TB no mundo (Brasil, 2016).

1.2 POLÍTICAS NACIONAIS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

No Brasil, em 2004, as ações do Programa Nacional de Controle à Tuberculose (PNCT), foram descentralizadas à Atenção Primária à Saúde, permitindo a definição das estratégias de controle de TB em cada esfera governamental e, a efetivação da estratégia TDO, pelas equipes de ESF e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (Souza, 2009).

O Plano Estratégico para o controle da TB no Brasil 2007-2015, foi elaborado em 2006, com o objetivo de alicerçar e ampliar a estratégia DOTS, manter o compromisso político permanente e a participação da população, fortalecer o sistema de Vigilância em Saúde, com a construção e realização de projetos para obter maiores recursos financeiros (Brasil, 2006).

A partir de 2007, o Projeto Fundo Global no Brasil, que objetivava envolver os 57 municípios, que concentravam 45% dos casos de tuberculose do território nacional, reforçava a participação e sensibilização da sociedade civil, foi considerado um avanço, já que o projeto recebeu o apoio de representantes da sociedade, participação popular e parceiros (Brasil, 2011).

Apesar de todas as estratégias aqui descritas, os planos de ação que orientam as ações da TB no país (Plano Global da OMS 2006-2015), Plano Regional para as Américas, Plano Estratégico do PNCT (2007-2015) e dos esforços empreendidos por meio das ações preconizadas no PNCT, as taxas de abandono do tratamento em todo o território nacional ainda permanecem elevadas, o que reforça a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias e tecnologias de prevenção do abandono do tratamento. Em 2017, no país, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral do Programa de Controle da Tuberculose (CGPCT), lançou o

Thaís Tenório Garcia de Moura

Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (Plano Nacional), no qual os municípios foram classificados em 8 cenários, a depender do contexto socioeconômico, e capacidade de implementação das ações, e as estratégias foram propostas, considerando-se o panorama de cada cenário (Brasil, 2018).

Em meio a uma realidade complexa permeada pela desigualdade social, péssimas condições de vida e trabalho e o dismantelamento progressivo do Sistema Único de Saúde, torna-se compreensível as estatísticas brasileiras pouco favoráveis, no alcance das metas estabelecidas pelas políticas no combate à doença (Bertolozzi et al., 2020). Ademais, a TB é a principal causa de morte entre os contaminados por HIV e um outro dado desfavorável são *“os baixos níveis de implementação da recomendação para o exame de contatos e o tratamento da TB latente, proposta pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose para adultos e crianças desde 2010”* (Trajman, 2018, p.2). O autor sustenta que, para se alcançar as metas dos ODS, no Brasil, é necessária uma análise da conjuntura, sensível às potencialidades (significativamente o SUS, que garante a universalização da saúde), e os desafios (crise financeira e políticas de austeridade). Defende ainda que *“novas tecnologias com tratamentos mais curtos e mais eficazes, a baixo custo, e novos e mais versáteis testes diagnósticos são necessários”*, e, que o Brasil possui plenas condições de elaborar planos de ações eficazes e colocá-los em prática, de modo a se tornar uma referência no combate a TB. Contudo, deve-se levar em conta a complexidade da doença sobretudo em seu aspecto sócio-econômico. (Trajman, 2018, p.2)

1.3 ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

A adesão ao tratamento de uma doença tem sido examinada especialmente em estudos relacionados às doenças crônicas (Bertolozzi, 2009; Drummond et al, 2019; da Mata et al, 2019).

Alguns autores a definem como a concordância na proposta terapêutica, orientada por um profissional de saúde (compliance), pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas e participe das decisões de seu tratamento (da Mata et al, 2019; Santos et al, 2020).

Santos et al, 2020, consideram a adesão como um fenômeno multifatorial, que envolve aspectos relacionados às condições socioeconômicas, aos serviços de saúde, à doença e ao tratamento. Em contrapartida, Bertolozzi (2005) propõe uma definição mais ampla do termo adesão, considerando aspectos que vão além da vontade individual em aderir ao tratamento:

Thaís Tenório Garcia de Moura

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

Para Lima et al, 2021, a adesão a um tratamento, envolve um fenômeno multidimensional e sociocultural, e que atitudes das equipe de saúde, devem promover a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos.

A condição fundamental para o êxito do tratamento, é a adesão do paciente à terapia medicamentosa, portanto devem ser observados os seguintes elementos:

“o acolhimento baseado na escuta qualificada e na descoberta das necessidades dos usuários, pessoais ou familiares, das queixas que o levaram até o serviço de saúde, dos vínculos existentes entre serviços de saúde/usuário, de sua autonomia, do enfrentamento da doença e das condições de vida em que está inserido. A informação adequada também consiste em um elemento essencial do tratamento e é fundamental para o sucesso terapêutico; a duração do tratamento, as consequências graves de um abandono, a conscientização quanto à regularidade nas tomadas das medicações. É também nesse momento que a equipe estabelece o vínculo com usuário e família”. (Brasil, 2011, p58)

No entanto, alguns elementos de ordem sociocultural se levantam como causas decisivas à não adesão ao tratamento de determinada doença, como as representações sociais sobre a doença, o grau de instrução, a não aceitação da doença, a falta de apoio dos familiares, a impossibilidade de faltar ao trabalho, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a dificuldade de transporte, o uso de álcool e drogas ilícitas e a falta de recursos para alimentação adequada (Ribeiro et al., 2000). Outros aspectos como a intolerância medicamentosa, considerar-se curado antes do término do tratamento e questões vinculadas à organização do serviço, também podem condicionar a não adesão ao tratamento (Berra et al,2020).

O conceito utilizado no estudo, a adesão a um determinado tratamento, não deve ser compreendida como uma prática de saúde, reduzida aos aspectos clínicos e biológicos, mas um fenômeno ligado à estrutura social. A inserção do indivíduo na sociedade, é o que determina circunstâncias de fragilidade e fortalecimento perante a vida, e as desigualdades sociais, tornam esse indivíduo vulnerável ao adoecimento, deve-se considerar a maneira de viver do indivíduo, a forma como concebe a doença e a organização dos serviços de saúde (Teixeira et al, 2020).

Diante desse cenário, é indiscutível a importância da prevenção de desfechos negativos nas conclusões dos tratamentos da TB, sendo assim, projetos terapêuticos mais individualizados, podem ser propostos, para aquelas pessoas que apresentam uma maior vulnerabilidade em abandonar o tratamento. Cavalcante (2012), propôs marcadores de adesão

Thaís Tenório Garcia de Moura

ao tratamento de TB, com tal valor preditivo. O abandono ao tratamento implica em consequências epidemiológicas e sociais, como a elevação das taxas de recidivas, multirresistência aos fármacos, persistência da fonte de transmissão, aumento da mortalidade, maior tempo de tratamento para alcançar a cura, tratamento mais oneroso.

Vale ressaltar ainda, uma estratégia eficaz no auxílio à adesão ao tratamento contra a TB, o TDO, uma opção relevante no fortalecimento do vínculo obtido entre profissional da saúde e paciente, visando o aumento do comprometimento deste quanto a terapia (Viveiros et al, 2018). Deve-se ainda ressaltar um argumento decisivo: elementos de vulnerabilidade social, individual e programática, podem levar a não adesão ao tratamento (Abreu, 2015). Deste modo, torna-se imprescindível estabelecer uma justa relação entre a chance da adesão do indivíduo e a vulnerabilidade no qual se encontra e tecer algumas considerações acerca do contexto político social no qual esta discussão se insere. Tem ampla relação com o campo dos direitos humanos, e elementos associáveis e associados aos processos de adoecimento. Vulnerabilidade indica iniquidade e desigualdade social, antecede o risco e promove o entendimento dos processos de fragilidade e adoecimento individual e coletivo (Nichiata et al, 2011). Vulnerabilidade torna-se, assim, um conceito chave essencial na discussão acerca do tema do presente estudo

1.4 PROBLEMA DE PESQUISA

O Ministério da Saúde reconhece uma taxa de abandono de tratamento, no município de São Paulo, de aproximadamente 10% dos casos novos de TB, tendo como consequências: a manutenção da cadeia de transmissão, o permanente número de óbitos ocasionados por um agravo tratável na atenção primária à saúde, e o surgimento de novos casos de tuberculose resistente (Brasil, 2020).

No município de São Paulo, em 2020, 5.798 pessoas foram detectadas com a doença: 280 pessoas (%) foram a óbito, 78,2% dos indivíduos realizaram a testagem para HIV durante o tratamento, dentre esses, 7,7% possuíam coinfeção TB/HIV. No mesmo ano, 32,6% das pessoas com a doença estavam em TDO, a taxa de cura no município foi de 76,3% para os casos novos de TB, de todas as formas e a taxa de abandono 13,6%. Em análise à série histórica, evidenciamos piora nos indicadores da doença no município de São Paulo (Brasil, 2021).

A OMS recomenda que as taxas de cura dos casos novos da doença, devam ser superiores a 85% e as taxas de abandono inferiores a 5% (Brasil, 2011)

Na busca de estratégias que pudessem modificar tal cenário, Bertolozzi (2010-2011) por intermédio do projeto: “Adesão ao Tratamento da Tuberculose: operacionalização de indicadores na Atenção Básica”, propunha marcadores que poderiam ser operacionalizáveis em nível local, e que eram decorrentes de estudos do Grupo de Pesquisa do CNPq: Adesão ao Tratamento da Tuberculose: Implementação de Marcadores para o Monitoramento de Pacientes.

O instrumento foi aprimorado na tese de doutorado de Dra. Edilma Gomes Rocha Cavalcante, aplicado em pacientes em tratamento da TB nas Unidades Básicas de Saúde da Região Centro e Oeste do Município de São Paulo em dois momentos do tratamento: nos primeiros 30 dias e entre 90 e 140 dias de tratamento. A cada resposta, foram atribuídos valores numéricos de 1 a 3, que respectivamente representam a maior e menor potencialidade em abandonar o tratamento. Os dados obtidos foram submetido às análises de confiabilidade e de validade: Índice de Validação de Conteúdo, que é o julgamento realizado por especialistas no assunto, para a concordância de itens que compõe o instrumento, e a testes estatísticos: análise univariada, modelo de regressão logística, alfa de Cronbach e análise fatorial exploratória. O instrumento inicial possuía 28 marcadores e 2 questões abertas, que após a avaliação dos especialistas, foram retiradas.

Visto a importância e o rigor metodológico para a construção do instrumento mencionado, o presente estudo se propõe a utilizá-lo em uma nova população a fim de correlacionar os escores dos marcadores de adesão com os desfechos dos tratamentos e identificar elementos de vulnerabilidade à adesão ao tratamento da TB. Nesse contexto, busca-se responder às seguintes questões: os marcadores são potentes para detectar vulnerabilidades à adesão ao tratamento da tuberculose, no âmbito da Atenção Primária à Saúde? Possibilitam aos profissionais de saúde planejar o cuidado integral da pessoa com TB, de forma a fortalecer sua resposta ao tratamento e a cura?

2.Objetivos

A decorative horizontal flourish with symmetrical, swirling, leaf-like patterns at both ends, positioned below the section header.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os desfechos das pessoas em tratamento da tuberculose por meio da aplicação do instrumento "Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose" (MATT).

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar as características sociodemográficas dos sujeitos do estudo;
- Identificar os aspectos relativos ao processo saúde-doença e relativos ao tratamento dos sujeitos do estudo;
- Analisar a distribuição dos escores e sua correlação com os desfechos dos sujeitos do estudo.

3. Metodologia

A decorative horizontal flourish with symmetrical, swirling, leaf-like patterns at both ends, positioned below the section header.

3 METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O termo “Marcadores” em saúde é frequentemente utilizado para designar dosagens de níveis de substâncias séricas nos tecidos. São utilizados no diagnóstico ou prognósticos de doenças, no estabelecimento de estadiamentos ou quadros clínicos de enfermidades (Cavalcante, 2012). No campo de estudo das ciências sociais, emprega-se os chamados marcadores identitários, ou marcadores sociais, para compreender os processos culturais de uma dada sociedade, por retratarem contextos político-culturais, religiosidade, relações de gênero, movimentos migratórios, classe social (Simões et al., 2008).

Os marcadores são sinalizadores da adesão do tratamento proposto, ligados ao contexto familiar, ao trabalho, às condições de vida, aos processos saúde – doença e ao apoio dos serviços de saúde. Utilizados como sentinelas sinalizadoras da vulnerabilidade à não adesão do paciente (Cavalcante, 2012).

O instrumento foi elaborado utilizando-se como referencial teórico a Vulnerabilidade definida por Ayres et al, como um elemento que antecede o risco, um indicativo de injustiça e contraste social, que expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento relacionados a todos e a cada indivíduo. Para os autores, há três dimensões de vulnerabilidade a que indivíduos estão inseridos. A dimensão programática, que contempla os serviços de saúde, o acesso, o vínculo existente entre população e serviço e as ações de prevenção na área de abrangência, a dimensão social, que inclui a mobilidade social, a identidade social e os ciclos de vida, e, a dimensão individual, que contempla os comportamentos do indivíduo e o conhecimento acerca de determinado agravo (Ayres et al, 2003).

Ainda assim, é oportuno afirmar que vulnerabilidade diz, de modo objetivo, fragilidade, precariedade em relação à autodefesa, ao autocuidado, a autoproteção. Mesmo que em sentido antropológico o termo possa expressar a profundidade da finitude do ser humano, elemento este inerente de sua constituição, e toda reflexão profícua e edificante que daí possa brotar, vulnerabilidade, neste ambiente de pesquisa, encontra um sentido de negligência da dignidade humana, onde, de um modo ou de outro, aspectos básicos do existir humano são negados a algum determinado grupo, isto é, trata-se de uma condição social, econômica e cultural instaurada historicamente, arquitetada e manipulada e, por isso mesmo, passiva de mudança

(Sevalho, 2018). Tal aspecto deve ser levado em conta, diante da tentativa de superação das estatísticas levantadas acerca das taxas de abandono do tratamento de TB.

Em um segundo momento, afirma-se que, entre aqueles que se propõe a discutir o conceito de vulnerabilidade, nota-se uma unanimidade e o estabelecimento de uma estreita relação entre o termo supracitado e a desigualdade social, que assola um grande número de pessoas que se encontram numa condição de sub-existência, com pouca ou nenhuma qualidade de vida no que se refere às estruturas sociais e sanitárias básicas (Coelho et al, 2018; Sevalho et al, 2018).

“O aumento da toxicodependência, a mudança dos perfis populacionais com a intensa migração de indivíduos de países e/ou áreas com elevada prevalência de tuberculose, que se concentram em centros urbanos com deficientes condições de salubridade, a guerra e a fome, bem como os fenômenos de exclusão social e econômica, associados a uma ineficiente capacidade de organização da resposta por parte dos sistemas de saúde em particular no acesso dos doentes aos fármacos, são apontados como o conjunto de fatores que potenciam elevadas taxas de incidência de tuberculose e que se agravam por estarem habitualmente associadas a uma elevada percentagem de casos de TB-MR” (Viveiros et al, 2016, p.2).

Por fim, pretendeu-se ao privilegiar esse construto teórico, apontar a aproximação entre os conceitos de adesão e vulnerabilidade, onde os marcadores se apresentam como indicadores deste em relação aquele, afim de tornarem eficazes as estratégias favoráveis ao tratamento da TB.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Esta modalidade de pesquisa visa atender à necessidade de solucionar problemas emergentes no cotidiano de serviços e tem uma finalidade prática (TOBAR; YALOUR, 2011).

As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral de um determinado fenômeno. As pesquisas descritivas têm como objetivo apresentar as características de determinada população ou fenômeno, além de descobrir a existência de associações entre variáveis. As pesquisas descritivas, juntamente com as exploratórias, são as que frequentemente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (Gil, 2008).

CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em 20 UBSs localizadas nas regiões Centro- Oeste, Leste e Sul do município de São Paulo. O critério de escolha das regiões baseou-se na incidência de casos de TB e taxa de abandono dos tratamentos nos territórios supracitados, no momento do planejamento do projeto, e a escolha das unidades de saúde ocorreu por conveniência considerando a facilidade de acesso ao serviço.

Na Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Centro-Oeste, todos os domicílios são urbanos, é a região que apresenta a menor relação morador x cômodo (menos de um morador por cômodo), com maior cobertura de esgoto sanitário via rede nas residências (99%) e o maior número de domicílios com bens duráveis. Possui o melhor padrão educacional do município, apresenta a população de adultos jovens (25 anos e mais) com os maiores percentuais de completude do ensino superior (43,8%), também o menor percentual de pessoas beneficiadas por programas de transferência de renda (Bolsa Família), cerca de 21,5% das famílias vivem com uma renda inferior a 100 dólares, e 7,7 % das famílias possuem renda superior a 450 dólares. No entanto é a região do município que apresenta o maior número de pessoas que trabalham acima de 49 horas semanais e maior número de pessoas que vivem em situação de rua: cerca de 8.700 indivíduos (Boletim Ceinfo, 2010).

Foram incluídos no estudo as UBSs República (4) pertencentes ao Distrito Administrativo (DA) República e do DA Sé: UBS Sé (8); DA Raposo Tavares: Jd Boa Vista (1), UBS Vila Borges (2), DA Rio Pequeno: UBS Vila Dalva (1), UBS Jd D'Abril (2), DA Vila Sônia: UBS Vila Sônia (4).

CRS Sul: é a região que possui a menor taxa de domicílios abastecidos por rede de esgoto do município: 94,7%, a menor taxa de rede de coleta de esgoto: 71,9%, e também a menor taxa de coleta de lixo por serviço de limpeza: 94,4%. Os chefes de família que possuem até 3 anos de estudo são 23,4%, e os que possuem mais de 12 anos de estudo são 11,9%. Relacionado à renda familiar, 40,9% das pessoas possuem uma renda familiar inferior a 100 dólares mensais, e 2,2% possuem uma renda mensal superior a 450 dólares mensais. Na região sul, cerca de 24,3% das pessoas moram em favelas e 717 vivem em situação de rua (Boletim Ceinfo, 2010). Foram incluídos no estudo as unidades do DA: Campo Limpo: UBS Campo Limpo (5), UBS Jd Helga (4) e UBS Pq Fernanda (4); DA Capão Redondo: UBS Jd Germânia (1) e UBS Jardim Valquiria (2).

Na CRS Leste: Possui cerca de 97,30% dos domicílios abastecidos por rede de esgoto, e 84,30% do esgoto é coletado em rede, 98,4% do lixo é coletado por serviço de limpeza, 23,3%

dos chefes de família possuem menos de 3 anos de estudo, e somente 5,4% dos chefes de família possuem 12 anos ou mais de estudo, 43,3% possui renda familiar inferior a 100 dólares mensais, 1,1% possui renda familiar superior a 450 dólares mensais e 10% da população da região Leste vive em favelas (Boletim Ceinfo, 2010). Participaram do estudo as seguintes UBSs: DA Artur Alvim: UBS Artur Alvim (1); DA Belém: UBS Belenzinho (7); DA Brás: UBS Brás (7); DA Moóca: UBS Moóca I (4); DA Pari: UBS Pari (7); DA Penha: UBS Engenheiro Trindade (3), UBS Vila Esperança (2) e UBS Chácara Cruzeiro do Sul (1). Dados

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram do estudo, 70 pessoas que se encontravam na primeira fase do tratamento para TB (dois primeiros meses), em UBSs do município de São Paulo. Os critérios utilizados para a participação na pesquisa foram: possuir idade igual ou acima de 18 anos, residir no município de São Paulo -SP, estar no mínimo com um mês de tratamento, ou seja, na fase inicial ou de ataque e ter capacidade de comunicação e compreensão preservadas. A amostragem foi por conveniência, participando do estudo os sujeitos que se encontravam na unidade de saúde quando os entrevistadores estavam no local.

3.4 COLETA DE DADOS

A escolha do instrumento MATT deve-se ao rigor científico com que foi construído, englobando os testes estatísticos, pré-teste, sua aplicação e os conceitos que nortearam sua elaboração (determinação social, vulnerabilidade e adesão) e por não se dispor de outro instrumento que avalie a vulnerabilidade à não adesão ao tratamento da TB. Instrumento composto por marcadores de adesão, que são decorrentes do Grupo de Pesquisa do CNPq: Adesão ao Tratamento da Tuberculose: Implementação de Marcadores para o Monitoramento de Pacientes, continha 29 marcadores referentes às condições sociais, ao conhecimento sobre a doença, ao diagnóstico da doença, ao tratamento e ao serviço de saúde, impacto da doença no trabalho e na vida, doenças associadas e cinco escores para avaliar o potencial de adesão. Posteriormente, foi reformulado por Cavalcante (2012), com base em revisão de literatura e avaliação de especialistas, resultando na revisão do número de escores e dos marcadores. Foram incorporados alguns novos marcadores e excluídos outros, resultando em 28 marcadores e três escores. A análise dos escores, se dá após a soma dos 28 marcadores aplicados que compõem o instrumento, definido que, quanto maior o escore, menor a vulnerabilidade em abandono do

tratamento. Considerou-se para o presente estudo, somente os tratamentos que apresentaram os desfechos: alta por cura ou abandono. Não foram considerados os tratamentos que apresentaram mudança do diagnóstico no decorrer do tratamento. É pertinente ressaltar que, os instrumentos foram aplicados pelas alunas da EEUSP, em visitas às UBSs elencadas em parágrafo anterior.

A princípio, foi realizada busca bibliográfica, a partir da leitura de obras relevantes sobre o tema, pesquisas e artigos científicos que pretendem iluminar e apontar caminhos diante do desafio que se sustenta. Os dados foram coletados por duas enfermeiras contratadas e devidamente treinadas, em unidades básicas de saúde, por meio de entrevista individual, em ambiente privativo, a 70 pessoas que se encontravam no início do tratamento da doença (primeiros 60 dias), em UBSs das regiões Centro Oeste, Sul e Leste do município de São Paulo (SP), entre março de 2015 e agosto de 2016. Todos os sujeitos foram convidados a participar das entrevistas mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados dos desfechos dos tratamentos (cura ou abandono) foram coletados entre os meses de janeiro e março de 2017, por contato telefônico com as enfermeiras responsáveis pela vigilância epidemiológica das UBSs, presencialmente nas unidades, em Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) junto à responsável pelo Programa da Tuberculose no município de São Paulo pelo site TBWEB.

O MATT (Anexo 1) foi composto por três partes, sendo a primeira, relacionada a caracterização sociodemográfica, identificação, sexo, idade, data de início de notificação e tratamento, tipo de unidade de saúde, renda familiar, faltas, características da TB, coinfeção, matrícula em outros serviços de saúde, motivo de alta. A segunda parte é relacionada às condições sociais (escolaridade, trabalho, situação de moradia e com quem vive, crença religiosa, tempo de locomoção até o serviço de saúde), aos contextos de vulnerabilidade (consumo de álcool, fumo e drogas), e ao processo saúde doença (comorbidades, conhecimento sobre causa e doença, em serviços de saúde, tempo entre sintomas e diagnóstico, reação frente ao diagnóstico e compartilhamento da informação com outras pessoas, impacto da doença sobre a vida e trabalho). A terceira parte do instrumento refere-se ao tratamento (condição, modalidade, dificuldades quanto aos medicamentos, evolução da doença, convívio familiar, apoio no trabalho e no serviço de saúde, desistência, projetos de vida), e, ao serviço de saúde (vínculo/acolhimento nos serviços de saúde, tempo de espera para ser atendido, visita domiciliária). A cada marcador, atribui-se o escore de 1 a 3, demonstrando que, quanto menor o escore, maior a potencialidade de não adesão ao tratamento proposto.

A coleta dos dados ocorreu no período de março de 2015 a agosto de 2016 nas unidades de saúde em que as pessoas realizavam o tratamento, por meio de entrevista individual em ambiente privativo realizada por duas enfermeiras contratadas e devidamente treinadas.

Os dados sobre desfechos dos tratamentos das pessoas com TB, foram obtidos por meio de consulta às enfermeiras das UBSs elencadas, realizada pessoalmente pela pesquisadora ou via contato telefônico, além de consulta à base de dados TBWEB, na Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) do município de São Paulo e informações fornecidas por uma enfermeira do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram classificados por escores que poderiam ser 1, 2 ou 3, que definiram o grau de vulnerabilidade à adesão de cada marcador, respectivamente, baixa, média e alta, indicando que quanto menor o escore, menor o potencial para a adesão e, portanto, maior a vulnerabilidade ao abandono do tratamento. Em seguida, realizou-se frequências relativas e absolutas, média e desvio padrão das variáveis. Em relação à análise dos desfechos de tratamento dos sujeitos entrevistados e os escores do instrumento MATT, procedeu-se à análise estatística submetendo cada marcador ao Teste Exato de Fisher, que é um teste estatístico não paramétrico utilizado em amostras pequenas, escolhidas de forma aleatória, com o objetivo de rejeitar ou aceitar a hipótese nula H_0 . Valores de p pequenos (normalmente menores que 0,05) indicam que a hipótese nula deve ser rejeitada (Contador e Senne, 2015). Dessa forma, os valores de $p = 0,05$ foram considerados em cada marcador de adesão e o seu resultado relacionado aos casos de abandono analisando-se a relação ao determinado marcador em cada desfecho.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados analisados foram provenientes da pesquisa: “Adesão ao Tratamento da Tuberculose: Implementação de Marcadores para o Monitoramento de Pacientes”, aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Parecer nº 1.075.045, relatoria em 19/05/2015), respeitados as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4. Resultados



4 RESULTADOS

4.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS, DOS ASPECTOS RELATIVOS AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AO TRATAMENTO DO GRUPO DE ESTUDO.

O grupo de estudo foi constituído por 70 pessoas em tratamento da TB em UBSs das regiões Central, Leste e Oeste do município de São Paulo, cujas características sociodemográficas foram: 77,1 % (54) homens, 28,5 % (20) entre 41 e 50 anos,, 44,2% (32) tinham o fundamental incompleto, 41,4% (29) tinham um trabalho fixo,, 65,7% (46) viviam com familiares, 40,0% (28) não frequentavam igreja ou templo religioso, 68,6% (48) não consumiam bebida alcoólica, 68,6% (48) não eram fumantes, 78,6% (55) não eram usuários de drogas, 88,6% (62) levavam até 30 minutos para chegar à UBS, 35,7% (25) consideraram a renda familiar pouco suficiente, 62,9% (44) apresentaram capacidade de formular projetos de vida relacionados à saúde (Tabela 1).

Os sujeitos que abandonaram o tratamento da TB 7,1% (5) possuíam as seguintes características: todos do sexo masculino, 2,8% (2) tinham alguma atividade laboral sem vínculo empregatício e 2,8% (2) tinham trabalho com vínculo empregatício, 5,7% (4) tinham entre 31 e 40 anos , 4,3% (3) possuíam o ensino fundamental incompleto , 4,3% (3) viviam em situação de rua/albergues, 4,3% (3) frequentavam igreja ou templo religioso frequentemente, 5,7% (4) gastavam até meia hora para chegar aos serviços de saúde , 2,8% (2) consumiam álcool e se embriagavam e 2,8% (2) consumiam álcool não se embriagavam , 4,3% (3) não tinham o hábito de fumar , 4,3% (3) pessoas não utilizavam drogas , 2,8% (2) consideravam a renda familiar insuficiente para seu sustento, e 5,7% (4) apresentaram capacidade de formular projetos de vida em relação à saúde (Tabela 1).

Thaís Tenório Garcia de Moura

Tabela. 4.1 - Características sociodemográficas do grupo de estudo. São Paulo – SP, Brasil, 2015-2016.

Características	CURA	%	ABANDONO	%	Total	%
Sexo						
Masculino	49	70,0	5	7,1	54	77,1
Feminino	16	22,8	0	0	16	22,8
Faixa Etária (em anos)						
18-20	1	1,4	0	0	1	1,4
21-30	18	25,7	0	0	18	25,7
31-40	11	15,7	4	5,71	15	21,4
41-50	20	28,5	0	0	20	28,5
51-60	10	14,2	1	1,4	11	15,7
Acima de 61 anos	5	7,1	0	0	5	7,1
Escolaridade						
Não alfabetizado	2	2,8	1	1,4	3	4,2
Fundamental incompleto	29	41,4	3	4,2	32	44,2
Fundamental completo	6	8,5	0	0	6	8,5
Ensino médio incompleto	5	7,1	0	0	5	7,1
Ensino médio completo	15	21,4	1	1,4	16	22,8
Ensino superior incompleto	3	4,2	0	0	3	4,2
Ensino superior completo	4	5,7	0	0	4	5,7
Pós-Graduação	1	1,4	0	0	1	1,4
Trabalho (condição empregatícia)						
Trabalho fixo	27	38,6	2	2,8	29	41,4
Desempregado ou afastados devido à doença	24	34,3	1	1,4	25	35,7
Trabalho sem vínculo	14	20	2	2,8	16	22,8
Com quem estava morando						
Com familiares	44	62,8	2	2,8	46	65,7
Situação de rua ou albergue	14	20	3	4,3	17	24,3
Sozinhos	7	10,0	0	0	0	10,0
Religiosidade						
Não frequentavam templo religioso	27	38,6	1	1,4	28	40,0
Frequentavam esporadicamente	22	31,4	1	1,4	23	32,9
Frequentavam regularmente	16	22,8	3	4,3	19	27,1
Consumo de álcool						
Não consumiam bebida alcoólica	47	67,1	1	1,4	48	68,6
Consomem e não se embriagam	12	17,1	2	2,8	14	20,0
Consomem e se embriagam	6	8,6	2	2,8	8	11,4
Consumo de fumo						
Não fumavam	45	64,3	3	4,3	48	68,6
Fumam todos os dias	16	22,8	2	2,8	18	25,7
Fumam esporadicamente	4	5,7	0	0	4	5,7
Consumo de drogas						
Não usavam drogas	52	74,3	3	4,3	55	78,6
Usavam diariamente	7	10,0	2	2,8	9	12,9
Uso esporádico/pararam devido o tratamento	6	8,6	0	0	6	8,6
Tempo para chegar à unidade						
Até 30 minutos	57	81,4	4	5,7	61	87,1
Até 1 hora	6	8,6	1	1,4	7	10,0
Mais do que uma hora	2	2,8	0	0	2	2,8
Renda familiar						
Pouco suficiente	23	32,8	2	2,8	25	35,7
Insuficiente	21	30	2	2,8	23	32,8
Suficiente	21	30	1	1,4	22	31,4
Capacidade de formular projetos de vida						
Capacidade relacionada à saúde	40	57,1	4	5,6	44	62,9
Capacidade relacionada à saúde e outros motivos	23	32,8	1	1,4	24	34,3
Não apresentaram capacidade de formular projetos de vida	2	2,8	0	0	2	2,8
Total	65		5		70	100

Quanto aos aspectos do processo saúde-doença, verificou-se que 70,0% (49) não tinham doenças associadas à TB, 67,0% (47) associavam o processo de adoecimento a elementos difusos (por exemplo, tomar friagem e bebida gelada), 50,0% (35) conheciam a doença que acometeu algum familiar, 57,1% (40) levaram um período inferior a 30 dias para receber o diagnóstico da TB, 50,0% (35) afirmaram que a doença causou impacto negativo em suas vidas, 61,4% (43) informaram familiares e amigos sobre o diagnóstico da TB, 37,1% (26) recorreram a duas unidades de saúde para obtenção do diagnóstico, 48,5% (34) responderam que a doença causou impacto negativo sobre suas atividades laborais ou não tem trabalho e 45,7% (32) foram indiferentes diante do diagnóstico (Tabela 2).

Relacionado às pessoas que abandonaram o tratamento, dos 7,1% (5) pessoas que abandonaram, 4,3% (3) não apresentavam doença associada à TB, 2,8% (2) participantes a associavam a elementos difusos (por exemplo, friagem e bebida gelada), 5,7% (4) conheciam a doença que havia acometido algum familiar, 2,8% (2) recorreram a três ou mais unidades de saúde e 2,8% (2) recorreram a duas unidades de saúde, 4,3% (3) receberam o diagnóstico após um tempo superior a um mês do início dos sinais e sintomas, 4,3% (3) informaram os amigos e os familiares sobre o adoecimento, 5,7% (4) responderam que a doença não havia causado nenhum impacto negativo em suas vidas, 2,8% (2) responderam que não houve impacto negativo sobre suas atividades laborais e 2,8% (2) disseram que algumas vezes a doença causou impacto negativo sobre o seu trabalho, 4,3% (3) tiveram reação positiva diante do diagnóstico (Tabela 2).

Thaís Tenório Garcia de Moura

Tabela. 4.2 - Características relacionadas ao Processo Saúde-Doença do grupo do estudo. São Paulo – SP, Brasil, 2015- 2016.

Características	Cura	%	Abandono	%	Total	%
Doenças associadas à TB						
Não tinham doenças associadas à TB	46	65,7	3	4,3	49	70,0
Tinham doenças associadas e faziam uso de medicamentos	19	27,1	2	2,8	21	30,0
Concepção sobre a doença						
Associavam a elementos difusos (friagem, bebida gelada)	45	64,3	2	2,8	47	67,0
Associavam a elementos da vida, ao trabalho e ao agente etiológico	16	22,8	2	2,8	18	25,7
Associavam a elementos difusos e ao agente etiológico	4	5,7	1	1,4	5	7,1
Conhecimento da TB						
Conhecia a doença, que acometeu algum familiar	31	44,3	4	5,7	35	50,0
Conhecia a doença que acometeu amigos/vizinhos/outros	23	32,8	1	1,4	24	34,3
Desconhecia a doença	11	15,7	0	0	11	15,7
Tempo para o diagnóstico						
Tempo inferior a 30 dias para receber o diagnóstico	39	55,1	1	1,4	40	57,1
Tempo superior a 30 dias para receber o diagnóstico	16	22,8	3	4,2	19	27,1
30 dias até o diagnóstico	10	14,3	1	1,4	11	15,7
Impacto na vida						
Causou Impacto negativo	35	50	0	0	35	50,0
Nenhum impacto negativo	23	32,8	4	5,7	27	38,6
Algumas vezes causou impacto negativo	7	10,0	1	1,4	8	11,4
Informação sobre a TB a outros						
Informaram familiares e amigos	40	57,1	3	4,2	43	61,4
Informaram somente os amigos	17	24,2	1	1,4	18	25,7
Não informaram a ninguém	8	11,4	1	1,4	9	12,9
Unidades de saúde até o diagnóstico						
Uma unidade de saúde	22	31,4	1	1,4	23	32,9
Duas unidades de saúde	24	34,3	2	2,8	26	37,1
Três ou mais unidades de saúde	19	27,1	2	2,8	21	30,0
Impacto no trabalho						
Causou impacto negativo no trabalho ou não tem trabalho	33	47,1	1	1,4	34	48,5
Algumas vezes causou impacto negativo	10	14,3	2	2,8	12	17,1
Não causou impacto negativo no trabalho	22	31,4	2	2,8	24	34,2
Reação diante do diagnóstico						
Reação positiva	9	12,8	3	4,2	12	17,1
Reação Negativa	24	34,3	2	2,8	26	37,1
Indiferentes	32	45,7	0	0	32	45,7
Total	65		5		70	100

Em relação ao tratamento da TB, 87,1% (61) estavam tratando a doença pela primeira vez (caso novo),, 50,0% (35) faziam o tratamento supervisionado em cinco vezes por semana,, 38,6% (27) nunca apresentaram dificuldades na ingestão da medicação, 81,4% (57) apresentaram melhora dos sinais e sintomas da doença após terem iniciado o tratamento, ,74,3%

Thaís Tenório Garcia de Moura

(52) receberam apoio dos familiares para realização do tratamento, , 42,9% (30) eram autônomos ou desempregados ou trabalhavam sozinhos 72,9% (51) pessoas negaram ter tido desejo de desistência do tratamento, (Tabela 3).

Entre os 7,1% (5) pessoas que abandonaram seus tratamentos, todos eles eram casos novos de TB, 5,7% (4) realizaram tratamento supervisionado cinco vezes por semana, 5,7% (4) referiram nunca ter apresentado dificuldade na ingestão da medicação , 5,7% (4) referiram melhora do quadro clínico após o início do tratamento, 4,3% (3) afirmaram que receberam o apoio familiar durante o tratamento, 2,8% (2) não recebiam apoio em seus trabalhos para a realização do tratamento da doença, 5,7% (4) não apresentaram desejo de desistência do tratamento e 5,7% (4) apresentaram capacidade de formular projetos de vida em relação à saúde (Tabela 3).

Tabela. 4.3 - Características do grupo de estudo relacionadas ao Tratamento da TB. São Paulo – SP, Brasil, 2015- 2016.

(continua)						
Características	Cura	%	Abandono	%	Total	%
Condição do tratamento						
Caso novo	56	80,0	5	7,1	51	87,1
Abandono anterior	6	8,6	0	0	6	8,6
Transferências de outras localidades	3	4,3	0	0	3	4,3
Modalidade do Tratamento						
Supervisionado em cinco vezes por semana	31	44,3	4	5,7	35	50,0
Supervisionado em três vezes por semana	20	28,6	1	1,4	21	30,0
Tratamento auto administrado	14	14	0	0	14	20,0
Dificuldade na ingestão do medicamento						
Nunca apresentaram dificuldades	23	32,8	4	5,7	27	38,6
Sempre apresentaram dificuldades	23	32,8	0	0	23	32,8
Algumas vezes apresentaram dificuldades	19	27,1	1	1,4	20	28,6
Dificuldades em relação à evolução da doença						
Apresentaram melhora da enfermidade	53	75,7	4	5,7	57	81,4
Nada se alterou	8	11,4	1	1,4	9	12,8
Apresentaram piora	4	5,7	0	0	4	5,7
Dificuldades em relação ao convívio familiar						
Receberam apoio dos familiares para o tratamento	49	70,0	3	4,2	52	74,3
Não receberam apoio	14	20	2	2,8	15	22,9
Algumas vezes receberam apoio	2	2,8	0	0	2	2,8

Thaís Tenório Garcia de Moura

(continuação)

Características	Cura	%	Abandono	%	Total	%
Dificuldades em relação ao apoio no trabalho						
Eram autônomas ou trabalhavam sozinhas	28	40,0	2	2,8	30	42,8
Receberam apoio no trabalho	19	27,1	0	0	19	27,1
Não receberam nenhum tipo de apoio no trabalho	17	24,3	2	2,8	19	27,1
Algumas vezes receberam apoio no trabalho	1	1,4	1	1,4	2	2,8
Desejo de desistir do tratamento						
Negaram ter desejo de desistência do tratamento	47	67,1	4	5,6	51	72,8
Algumas vezes tiveram vontade de desistir do tratamento	13	18,6	1	1,4	14	20,0
Tiveram desejo contínuo de desistir do tratamento	5	7,1	0	0	5	7,1
Total	65		5		70	100

(conclusão)

Quanto às dificuldades em relação aos serviços de saúde, 67,1% (47) sentiram-se apoiados pelos profissionais das unidades de saúde, 85,7% (60) referiram possuir vínculo com os profissionais da UBS em que realizavam o tratamento, 85,7% (60) foram atendidos pelos mesmos profissionais quando iam à UBS, 74,3% (52) quando tinham dúvidas relacionadas à doença ou ao tratamento recorriam com frequência ao serviço de saúde, 97,1% (68) expressaram que tinham intenção em continuar o tratamento na mesma UBS, 98,6% (69) eram atendidos em até meia hora na unidade de saúde, 44,3% (31) nunca receberam visita domiciliar da equipe de saúde (Tabela 4).

Dos 7,1% (5) pessoas que abandonaram o tratamento, 4,3% (3) deles disseram que recebiam apoio dos profissionais das unidades de saúde, 5,7% (4) não apresentaram desejo de desistência do tratamento, os 7,1% (5) afirmaram que possuíam vínculo com a UBS em que realizavam o tratamento, 7,1% (5) eram atendidos pelos mesmos profissionais quando iam à unidade de saúde, 7,1% (5) recorriam à UBS em caso de dúvidas referentes à sua saúde, 7,1% (5) tinham a intenção em dar continuidade ao tratamento na mesma UBS, 7,1% (5) levavam até meia hora para serem atendidos e em relação à visita domiciliar (VD), 2,8% (2) nunca haviam recebido e 2,8% (2) sempre recebiam VD de profissionais da unidade de saúde em que realizavam o tratamento.

Thaís Tenório Garcia de Moura

Tabela. 4.4 – Características do grupo de estudo relacionadas aos Serviços de Saúde. São Paulo - SP, 2015- 2016.

Características	Cura	%	Abandono	%	Total	%
Dificuldades em relação ao apoio na UBS						
Sentiram-se apoiadas pelos profissionais de saúde da UBS	44	62,8	3	4,3	47	67,1
Algumas vezes sentiram-se apoiadas pelos profissionais da UBS	20	25,6	2	2,8	22	31,4
Não se sentiram apoiadas pelos profissionais de saúde da UBS	1	1,4	0	0	1	1,4
Vínculo na UBS						
Referiram possuir vínculo com os profissionais da UBS	55	78,6	5	7,1	60	85,7
Algumas vezes possuíam vínculo com os profissionais da UBS	5	7,1	0	0	5	7,1
Não possuíam vínculo com os profissionais de saúde da UBS	5	7,1	0	0	5	7,1
Atendimentos pelos mesmos profissionais da UBS						
Sempre	55	78,6	5	7,1	60	85,7
Algumas vezes	8	11,4	0	0	8	11,4
Nunca	2	2,8	0	0	2	2,8
Frequência com que recorre aos profissionais em caso de dúvidas						
Recorriam com frequência	47	67,1	5	7,1	52	74,3
Nunca recorriam	16	22,8	0	0	16	22,8
Algumas vezes recorriam	2	2,8	0	0	2,8	2,8
Intenção em continuar o tratamento na mesma UBS						
Tinham intenção em continuar na mesma UBS	63	90,0	5	7,1	68	97,1
Algumas vezes não tinha intenção em continuar na mesma UBS	1	1,4	0	0	1	1,4
Não gostaria de continuar o tratamento na mesma UBS	1	1,4	0	0	1	1,4
Tempo para ser atendido						
Eram atendidos em até 30 minutos na unidade de saúde	64	91,4	5	7,1	69	98,6
Aguardava mais de uma hora para ser atendido	1	1,4	0	0	1	1,4
Receberam Visita Domiciliária						
Nunca receberam VD	29	41,4	2	2,8	31	44,3
Receberam VD	21	30,0	2	2,8	23	32,9
Receberam uma vez	15	21,4	1	1,4	16	22,9
Total	65		5		70	100

4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA TB SEGUNDO OS ESCORES DE VULNERABILIDADE AO ABANDONO OU À ADESÃO.

As respostas de cada marcador receberam uma pontuação segundo o escore de vulnerabilidade, sendo estabelecido três deles: alta vulnerabilidade ao abandono as respostas que receberam 1 (um) ponto, média vulnerabilidade as que foram classificadas com 2 (dois) e

Thaís Tenório Garcia de Moura

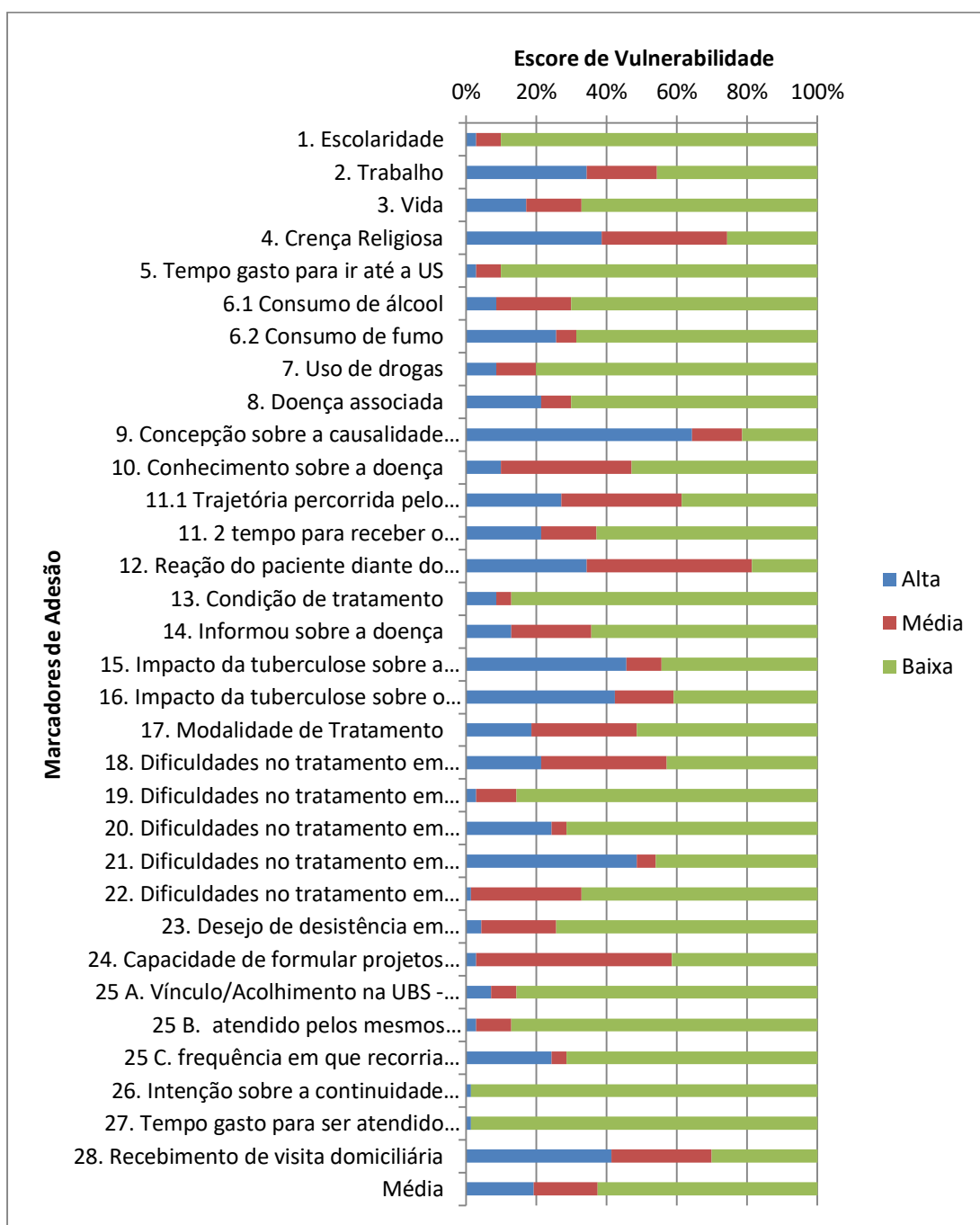
baixa vulnerabilidade aquelas que obtiveram 3 (três). A seguir, a distribuição dos marcadores, segundo a proporção dos escores de vulnerabilidade à adesão ao tratamento. (Tabela 5 e Gráfico 1).

Tabela. 4.5 – Distribuição dos marcadores de adesão ao tratamento da TB segundo a proporção dos escores de vulnerabilidade à adesão ao tratamento da TB. São Paulo – SP, 2015- 2016.

MARCADORES	ESCORE 1	ESCORE 2	ESCORE 3
	%	%	%
Escolaridade	2,9	7,1	90,0
Trabalho	34,3	20,0	45,7
Vida	17,1	15,7	67,1
Crença Religiosa	38,6	35,7	25,7
Tempo para ir à UBS	2,9	7,1	90,0
Consumo de álcool	8,6	21,4	70,0
Consumo de fumo	25,7	5,7	68,6
Uso de drogas	8,6	11,4	80,0
Doença Associada	21,4	8,6	70,0
Concepção sobre a causalidade	64,3	14,3	21,4
Conhecimento sobre a doença	10,0	37,1	52,9
Trajetória percorrida até o diagnóstico	27,1	34,3	38,6
Tempo para receber o diagnóstico	21,4	15,7	62,9
Reação do paciente diante do diagnóstico	34,3	47,1	18,6
Condição do tratamento	8,6	4,3	87,1
Informou sobre a doença	12,9	22,9	64,3
Impacto sobre a vida	45,7	10,0	44,3
Impacto sobre o trabalho	41,2	16,2	39,7
Modalidade do tratamento	18,6	30,0	51,4
Dificuldade em relação aos medicamentos	21,4	35,7	42,9
Dificuldade em relação à evolução da doença	2,9	11,4	85,7
Dificuldade em relação ao convívio familiar	24,3	4,3	71,4
Dificuldade em relação ao apoio no trabalho	48,6	5,4	45,9
Dificuldade em relação à UBS	1,4	31,4	67,1
Desejo de desistência	4,3	21,4	74,3
Capacidade de formular projetos de vida	2,9	55,7	41,4
Vínculo/ Acolhimento na UBS	7,1	7,1	85,7
Atendido pelos mesmos profissionais	2,9	10,0	87,1
Frequência com que recorre à UBS	24,3	4,3	71,4
Intenção sobre a continuidade	1,4	0	98,6
Tempo gasto para ser atendido	1,4	0	98,6
Recebimento de VD	41,4	28,6	30,0

Thaís Tenório Garcia de Moura

Gráfico 4.1 - Escores de Vulnerabilidade de Abandono ao Tratamento da Tuberculose segundo instrumento (MATT) no Município de São Paulo 2015-2016



A vulnerabilidade de cada pessoa com TB ao abandono foi resultante da somatória dos pontos recebidos para cada marcador (Quadro 1)

Thaís Tenório Garcia de Moura

Quadro 4.1 – Relação dos sujeitos do estudo, desfechos do tratamento e somatória dos escores de vulnerabilidade para cada marcador. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo – SP, Brasil, 2015 – 2016.

(continua)

Sujeitos do Estudo	Desfechos do tratamento	Somatória dos Escores de vulnerabilidade para cada marcador
1	Cura	69
2	Cura	74
3	Cura	67
4	Cura	73
5	Cura	84
6	Cura	72
7	Abandono	76
8	Cura	80
9	Cura	70
10	Cura	68
11	Cura	67
12	Cura	67
13	Cura	78
14	Cura	67
15	Cura	76
16	Cura	70
17	Cura	68
18	Cura	74
19	Cura	75
20	Cura	80
21	Cura	62
22	Cura	81
23	Cura	81
24	Cura	73
25	Cura	77
26	Cura	75
27	Cura	75
28	Cura	73
29	Cura	73
30	Cura	80
31	Cura	76
32	Cura	70
33	Cura	84
34	Cura	73
35	Cura	86
36	Cura	90
37	Abandono	72
38	Cura	82
39	Cura	75
40	Abandono	83
41	Cura	73
42	Cura	67
43	Cura	74
44	Cura	81
45	Cura	82
46	Cura	70
47	Cura	75
48	Abandono	73
49	Cura	63
50	Cura	78

(continuação)

Sujeitos do Estudo	Desfechos do tratamento	Somatória dos Escores de vulnerabilidade para cada marcador
51	Cura	78
52	Cura	71
53	Cura	72
54	Cura	81
55	Cura	83
56	Cura	69
57	Cura	77
58	Cura	78
59	Cura	77
60	Cura	86
61	Cura	70
62	Cura	71
63	Cura	74
64	Cura	77
65	Cura	59
66	Cura	80
67	Cura	83
68	Cura	79
69	Abandono	78
70	Cura	77

(conclusão)

Na tabela 6 estão apresentadas a média da vulnerabilidade das 65 pessoas que tiveram alta por cura, que foi de 74,9 (dp = 6,168; 59 – 90), a mediana que foi de 75,0 e a média das pessoas que abandonaram o tratamento, que foi de 76,4 (dp = 4,393; 72 - 83) e a mediana, que foi de 76,0.

Tabela. 4.6 - Distribuição do grupo de estudo segundo a média e mediana dos marcadores de vulnerabilidade a adesão ao tratamento da TB. São Paulo – SP, 2015- 2016.

	Desfechos	Nº	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Soma dos marcadores	Cura	65	74,92	6,168	75,00	59	90
	Abandono	5	76,40	4,393	76,00	72	83
	Total	70	75,03	6,046	75,00	59	90

4.3 CORRELAÇÃO ENTRE OS ESCORES DE VULNERABILIDADE PARA CADA MARCADOR E O DESFECHO DOS CASOS DE TB

Os marcadores de adesão que apresentaram associação com os casos de abandono foram: o uso do álcool ($p = 0,025$), o impacto sobre a vida ($p = 0,034$) e a reação do paciente diante do diagnóstico ($p = 0,014$), sendo que este último foi o que apresentou a maior evidência de associação (Tabela 7).

Tabela. 4.7 - Distribuição dos marcadores de adesão ao tratamento da TB, segundo os desfechos de tratamento. São Paulo – SP, 2015- 2016.

(continua)

Marcadores de Adesão		Desfechos				p-value*
		Cura		Abandono		
		Nº	%	Nº	%	
Sexo	F	16	100,0%	0	0,0%	0,582
	M	49	90,7%	5	9,3%	
Emprego	Desempregado	24	96,0%	1	4,0%	0,718
	Não tem trabalho fixo	14	87,5%	2	12,5%	
	Tem trabalho fixo	27	93,1%	2	6,9%	
Com quem mora	Vive na rua/albergue	14	82,4%	3	17,6%	0,162
	Vive sozinho	7	100,0%	0	0,0%	
	Vive com familiares	44	95,7%	2	4,3%	
Igreja	Não frequenta	27	96,4%	1	3,6%	0,307
	Frequenta esporadicamente	22	95,7%	1	4,3%	
	Frequenta sempre	16	84,2%	3	15,8%	
Tempo gasto até UBS	Mais de uma hora	2	100,0%	0	0,0%	0,465
	Até uma hora	5	83,3%	1	16,7%	
	Até meia hora	58	93,5%	4	6,5%	
Álcool	Consome e se embriaga	6	75,0%	2	25,0%	0,025
	Consome e não se embriaga	12	85,7%	2	14,3%	
	Não consome	47	97,9%	1	2,1%	
Tabaco	Fuma todo dia	16	88,9%	2	11,1%	0,711
	Fuma de vez em quando	4	100,0%	0	0,0%	
	Não fuma	45	93,8%	3	6,3%	
Drogas	Usa todos os dias	7	77,8%	2	22,2%	0,173
	Usa de vez em quando/Parou devido ao tratamento	6	100,0%	0	0,0%	
	Não usa	52	94,5%	3	5,5%	
Doença associada à tuberculose	Tem e precisa tomar medicação	19	90,5%	2	9,5%	0,632
	Tem e não toma medicação	0	0,0%	0	0,0%	
	Não tem	46	93,9%	3	6,1%	
Concepção sobre a doença	Elementos difusos (friagem, bebida gelada etc)	45	95,7%	2	4,3%	0,136
	Agente etiológico	4	80,0%	1	20,0%	
	Agente etiológico e elementos da vida e do trabalho	16	88,9%	2	11,1%	
Conhecimento sobre a doença	Desconhece a doença	11	100,0%	0	0,0%	0,559

(continuação)

Marcadores de Adesão		Desfechos				p-value
		Cura		Abandono		
		Nº	%	Nº	%	
Trajetória percorrida até o diagnóstico	Conhecia a doença que acometeu amigos/vizinhos/outros	23	95,8%	1	4,2%	0,857
	Conhecia a doença que acometeu familiar	31	88,6%	4	11,4%	
	Recorreu a três ou mais unidades	19	90,5%	2	9,5%	
	Recorreu a duas unidades	24	92,3%	2	7,7%	
Tempo para receber o diagnóstico	Recorreu a uma unidade	22	95,7%	1	4,3%	0,113
	Mais de um mês	16	84,2%	3	15,8%	
	Menos de um mês	10	90,9%	1	9,1%	
Reação diante do diagnóstico	Menos de 15 dias	39	97,5%	1	2,5%	0,014
	Negativa	24	92,3%	2	7,7%	
	Indiferente	32	100,0%	0	0,0%	
Quem informou sobre a doença	Positiva	9	75,0%	3	25,0%	0,816
	Não informou	8	88,9%	1	11,1%	
	Apenas amigos	17	94,4%	1	5,6%	
Impacto sobre a vida	Amigos e familiares	40	93,0%	3	7,0%	0,034
	Negativo	35	100,0%	0	0,0%	
	Algumas vezes negativo	7	87,5%	1	12,5%	
Impacto sobre o trabalho	Nenhum negativo	23	85,2%	4	14,8%	0,248
	Negativo	30	96,8%	1	3,2%	
	Algumas vezes negativo	10	83,3%	2	16,7%	
Condição do tratamento	Nenhum negativo	22	91,7%	2	8,3%	1
	Abandono	6	100,0%	0	0,0%	
	Transferência	3	100,0%	0	0,0%	
Modalidade do tratamento	Caso novo	56	91,8%	5	8,2%	0,489
	Auto administrado	14	100,0%	0	0,0%	
	3x semana	20	95,2%	1	4,8%	
Dificuldades na ingestão	5x semana	31	88,6%	4	11,4%	0,146
	Sempre	23	100,0%	0	0,0%	
	Algumas vezes	19	95,0%	1	5,0%	
Dificuldades em relação à doença	Nunca	23	85,2%	4	14,8%	0,654
	Não melhorou	4	100,0%	0	0,0%	
	Nada se alterou	8	88,9%	1	11,1%	
Dificuldades em relação à família	Melhora	53	93,0%	4	7,0%	0,642
	Não apoia	14	87,5%	2	12,5%	
	Algumas vezes	2	100,0%	0	0,0%	
	Apoia	49	94,2%	3	5,8%	

Thaís Tenório Garcia de Moura

(continuação)

Marcadores de Adesão		Desfechos				p-value
		Cura		Abandono		
		Nº	%	Nº	%	
Dificuldades em relação ao trabalho	Não apoia	17	89,5%	2	10,5%	0,073
	Algumas vezes	1	50,0%	1	50,0%	
	Apoia	19	100,0%	0	0,0%	
Dificuldades em relação ao serviço de saúde	Não apoia	1	100,0%	0	0,0%	0,676
	Algumas vezes	20	90,9%	2	9,1%	
	Apoia	44	93,6%	3	6,4%	
Desejo de desistência	Apresenta	5	100,0%	0	0,0%	1
	Algumas vezes	13	92,9%	1	7,1%	
	Não apresenta	47	92,2%	4	7,8%	
Capacidade de formular projetos de vida	Não apresenta	2	100,0%	0	0,0%	0,698
	Apresenta em relação à saúde	40	90,9%	4	9,1%	
	Apresenta em relação à saúde e outros motivos	23	95,8%	1	4,2%	
Vínculo na UBS	Não possui	5	100,0%	0	0,0%	1
	Algumas vezes	5	100,0%	0	0,0%	
	Possui	55	91,7%	5	8,3%	
Atendido pelos mesmos profissionais	Nunca	2	100,0%	0	0,0%	1
	Algumas vezes	8	100,0%	0	0,0%	
	Sim	55	91,7%	5	8,3%	
Frequência que recorre ao serviço de saúde	Nunca	16	100,0%	0	0,0%	0,423
	Algumas vezes	2	100,0%	0	0,0%	
	Sim	47	90,4%	5	9,6%	
Intenção em continuar na mesma UBS	Não	1	100,0%	0	0,0%	1
	Algumas vezes	1	100,0%	0	0,0%	
	Sim	63	92,6%	5	7,4%	
Tempo gasto para ser atendido na UBS	Mais de uma hora	1	100,0%	0	0,0%	1
	Até uma hora	0	0,0%	0	0,0%	
	Até meia hora	64	92,8%	5	7,2%	
Recebeu VD	Nunca	29	93,5%	2	6,5%	1
	Uma vez	15	93,8%	1	6,3%	
	Sim	21	91,3%	2	8,7%	

*Teste Exato de Fisher

(conclusão)

5. Discussão



5 DISCUSSÃO

A adesão ao tratamento da TB permanece como um importante desafio a ser enfrentado pelos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. O abandono de (7,1%) 5, ao tratamento de uma população estudada de 70 pessoas, reflete a realidade do município de São Paulo que teve em 2016 cerca de 10% de abandono dos casos novos em tratamento (Boletim TB, 2015).

Estudos sobre a prevalência e a incidência dos casos de TB na população demonstram que os homens com baixa escolaridade são os que têm adoecido em maior proporção em relação às mulheres (Lima et al., 2016, Fusco et al., 2017). As mesmas características prevalecem nos casos de abandono ao tratamento: homens, com idade entre 20 e 39 anos e com 1 a 8 anos de estudo (Herrero et al., 2015, Magno et al., 2017). Os dados do presente estudo corroboram que a baixa escolaridade e o analfabetismo, que juntos perfazem a maioria dos casos de TB e de abandono de tratamento.

O estudo mostrou a existência das três dimensões de vulnerabilidade definidas por Ayres et al. (2005), na população estudada. Em se tratando da dimensão individual, foi possível evidenciar o grau de conhecimento acerca do modo de transmissão da doença, e seus mecanismos de prevenção, as crenças e desejos relacionados à dinâmica do adoecimento e as relações familiares e de amizades, presentes nos cotidianos. Relacionado à dimensão social, há limitação em aspectos relativos à informação acerca da doença, ao estigma e discriminação, ao desemprego e ao suporte social.

A aplicação do instrumento nessa população, proporcionou ao pesquisador, uma análise crítica, que vem corroborar a afirmação de que a doença possui um caráter social, e de maior prevalência, nas populações empobrecidas e com dificuldade de acesso à informação e aos serviços de saúde.

Foi também possível evidenciar vulnerabilidade programática, a ausência da atuação de equipes multidisciplinares, a ausência da participação social nos controles das ações, a ausência da integralidade da atenção, demonstrado pela ausência das visitas domiciliares e a baixa adesão ao TDO.

O baixo desenvolvimento socioeconômico e as piores condições de saúde podem limitar a manutenção e as condições do trabalho ou de melhores oportunidades laborais, condições que podem impactar na adesão ao tratamento e na irregularidade do uso dos fármacos (Vieira et al.,

2017). No presente estudo, no entanto, esse elemento não constitui-se como potencial de desgaste já que, dentre os 25 indivíduos que estavam desempregados, somente um abandonou o tratamento. Além disso, dentre os quatro indivíduos que abandonaram, quatro exerciam atividade laboral, sendo dois com vínculo empregatício e os outros dois sem vínculo empregatício, mostrando que esse elemento não cons..

Na vivência do processo de adoecimento, a fé e a religião são elementos de fortalecimento para as pessoas que estão em tratamento de enfermidades. Assim, *“a religiosidade significa encontrar um caminho que mantenha acesa a esperança e ajude a suportar o sofrimento físico e emocional diante das doenças e seus tratamentos”* (Andrade, 2015, p.2). Sabe-se que a religiosidade é um elemento que traz esperança em meio às dificuldades que surgem na vida dos indivíduos. Dos cinco indivíduos que abandonaram o tratamento, três deles iam à igreja com frequência, um não frequentava nenhum templo religioso e um frequentava esporadicamente, mostrando que, para essa população, esse marcador não constitui-se como fortalecedor para a adesão ao tratamento.

Quanto à acessibilidade e ao acesso aos serviços de saúde, as condições de acessibilidade não se limitam às características geográficas, mas, também, às condições temporais e culturais, que devem ser consideradas, para que a atenção básica cumpra sua função de prover atenção de qualidade. Para Neves et al., (2016) a busca do diagnóstico em UBS próxima à residência pode ser atribuída à facilidade de acesso ao atendimento, à falta de recursos para deslocamentos ou à credibilidade do serviço para a população, no presente estudo, das cinco pessoas que abandonaram o tratamento, quatro referiram que levavam até 30 minutos para chegar à unidade e um respondeu que levava até uma hora para chegar à UBS. Assim, verificou-se que o marcador “Tempo gasto até a UBS” não se apresentou como potencial de desgaste para esses sujeitos.

Relacionado ao uso de drogas, álcool e tabaco, pode-se afirmar que os três elementos além de causarem danos à saúde, deixam os indivíduos mais vulneráveis ao abandono do tratamento da TB. Para Júnior e Loffredo, (2015), há necessidade de ações em saúde pública para a realização de diagnósticos precoces da doença principalmente em indivíduos etilistas. O uso do álcool associado ao tratamento da tuberculose é um fator de predisposição ao desfecho desfavorável do tratamento. Indivíduos que consomem álcool apresentam uma probabilidade quatro vezes maior de abandono do que os que não consomem, essa foi a constatação de uma pesquisa realizada por Silva et al., (2014). Os estudos corroboram os achados da pesquisa aqui realizada. No presente estudo, dentre os cinco indivíduos que abandonaram o tratamento, quatro

Thaís Tenório Garcia de Moura

relatarem consumir bebidas alcoólicas, sendo que dois não se embriagavam ao consumi-lo e outros dois se embriagavam. Desta forma, esse elemento constitui-se como potencial de desgaste no processo de adesão ao tratamento.

Relacionados aos marcadores de adesão alusivos ao tabaco e ao uso de drogas ilícitas, Vieira et al., (2017) afirmam que o uso de drogas ilícitas constituem um fator de risco para o abandono do tratamento da TB devido ao comportamento de risco e ao modo de vida dessas pessoas. Para Silva, (2013), o uso de drogas lícitas e ilícitas são considerados determinantes para o abandono do tratamento da TB. No que se refere ao tabagismo, Novotny et al., (2017), afirmam que a associação do tabagismo com a TB pode levar à demora na negativação dos exames de escarro (baciloscopia), a adesão ao tratamento tende a ocorrer de maneira irregular, assim como a recidiva e o desenvolvimento da resistência às drogas.

Entretanto, no presente estudo, dos cinco indivíduos que abandonaram o tratamento, três deles não fumavam e não usavam drogas, evidenciando que, para a população em estudo, esse elemento não constitui-se como desgaste significativo ao processo de adesão ao tratamento.

No que se refere ao processo saúde-doença, a associação da TB com diabetes, desnutrição, alcoolismo, doença pulmonar crônica, tabagismo e HIV já estão claramente estabelecidas, e não há dúvidas de que a multicomorbidade gera complicações ao estado de saúde do paciente, e dificulta o tratamento de qualquer uma das doenças envolvidas. A diabetes como doença associada ao quadro de TB constitui um elemento de risco para desfechos desfavoráveis ao tratamento da TB, reforçando a necessidade de atenção especial (Pereira et al., 2016). Grupos de orientação aos diabéticos, idosos, hipertensos, e de incentivo à cessação do tabagismo devem rotineiramente se tornar campos de atuação dos enfermeiros da atenção básica, na busca de sintomáticos respiratórios e orientações da transmissão das doenças de alta prevalência no território em que atuam.

A atenção básica é a porta de entrada da rede de atenção em saúde e deve estar sensível às características da população do seu território. Dos marcadores relacionados ao processo saúde – doença, a reação diante do diagnóstico mostrou-se significativa nesse processo. Possivelmente, essa relação mostrou-se devido ao estigma que a TB carrega, o preconceito que acompanha a doença ao longo da história. A respeito disso, Queiroz e Nogueira (2010) afirmam que as mulheres se mostraram mais temerosas em sofrer preconceito devido à doença, e demoram a comunicar a seus familiares o adoecimento, muitas vezes pelo medo da segregação, acompanhado da responsabilização e culpabilização da sociedade pelo adoecimento. O estigma que acompanha a doença causa impacto no comportamento das pessoas na busca do diagnóstico

Thaís Tenório Garcia de Moura

e na adesão ao tratamento proposto (Crispim et al., 2016). Dentre as cinco pessoas que abandonaram o tratamento, três delas apresentaram reações positivas diante do diagnóstico, mostrando-se como característica significativa entre esses sujeitos.

Quanto à trajetória percorrida pelo doente até o diagnóstico da doença, o estudo mostra que alguns indivíduos percorreram de dois a três serviços de saúde, enquanto outros foram somente a um serviço de saúde até realizarem a baciloscopia e o raio X, exames necessários para o estabelecimento do diagnóstico, claro que não se deve desconsiderar a importância da avaliação dos sintomas clínicos da doença.

Para Ponce et al., (2016), a detecção precoce dos casos de TB é fundamental para o controle da doença, uma vez que a rápida inclusão do tratamento medicamentoso interrompe a cadeia de transmissão do bacilo, e por consequência a sua morbimortalidade. Dentre as cinco pessoas que abandonaram o tratamento da TB, quatro percorreram mais de uma unidade de saúde até o estabelecimento do diagnóstico e . Entretanto, esse elemento não mostrou-se como desgaste para esses sujeitos.

Quanto ao impacto da doença causado em suas vidas, dentre as cinco pessoas que abandonaram o tratamento, quatro delas responderam que a enfermidade não havia causado impacto negativo em suas vidas. A doença por ser muito antiga, traz em sua história lembranças de segregação de indivíduos, sofrimento e morte (Ponce et al, 2016). Os sintomas da doença em alguns casos, podem ser debilitantes e rapidamente visíveis por causar emagrecimento em um curto período de tempo, tosse com hemoptise e sudorese (Brasil, 2017).

Uma das estratégias utilizadas pelos municípios é a adoção do regime TDO, que consiste na ingestão do medicamento supervisionado por um profissional de saúde. Os municípios brasileiros têm adotado estratégias buscando elevar o número de pessoas que realizam o TDO, oferecendo treinamentos com foco na humanização da assistência, no fortalecimento de vínculos entre usuários e os serviços de saúde, visando aproximar as pessoas das unidades de saúde por meio de uma melhor compreensão sobre o contexto socioeconômico em que estão inseridos, com vistas a facilitar a adesão ao tratamento (Andrade et al., 2017). O TDO é uma estratégia que ultrapassa a simples observação da ingestão medicamentosa. Deve ser considerado como uma tecnologia de gestão do cuidado, com uma abordagem integral e humanizada. Assim, o bom desempenho na efetivação do TDO exige um reordenamento das práticas de cuidado e do processo de trabalho dos profissionais de saúde. Estudos mostram que a incidência do abandono foi menor em pessoas que estavam em regime supervisionado (Ferreira, Silva e Botelho, 2005). Entretanto, dentre as cinco pessoas que abandonaram o

tratamento da doença, quatro realizavam o TDO cinco vezes por semana, estratégia essa que vem refutar os achados da literatura. Dados de literatura demonstram que o TDO é uma ferramenta no fortalecimento do vínculo da equipe com a pessoa que realiza o tratamento da doença, além de ser um pilar da estratégia DOTS. Os números de casos de abandono são consideravelmente maiores em pessoas que realizam os tratamentos auto administrados quanto comparados aos tratamentos diretamente observados (Brasil, 2011).

No que concerne às dificuldades encontradas pelos indivíduos para a realização do tratamento, foram aplicados cinco marcadores: dificuldades relacionadas aos medicamentos, evolução da doença, ao convívio familiar, ao apoio no trabalho e nos serviços de saúde. Dentre os cinco indivíduos que abandonaram, quatro nunca apresentaram dificuldades na ingestão das medicações e um relatou que algumas vezes apresentou essa dificuldade, mostrando que não houve associação deste marcador, com o casos de abandono do tratamento.

Quanto à evolução da doença, quatro pessoas apresentaram melhora dos sinais e sintomas após terem iniciado o tratamento e em uma pessoa nada se alterou. Estudos mostram que logo após o início do tratamento da doença, as pessoas apresentam melhora clínica considerável, e é nessa etapa do tratamento, que ocorrem muitos abandonos. Os indivíduos consideram-se curados, já que os sinais e sintomas praticamente desaparecem, no entanto, para ser considerado adequadamente tratado, são necessários seis meses de tratamento completo ou 180 tomadas do medicamento (Brasil, 2011; 2019)

Relacionado ao apoio familiar, três indivíduos recebiam apoio de seus familiares para o tratamento da doença e dois nunca haviam recebido apoio para tal;. Para o marcador atinente ao trabalho, dois indivíduos não responderam esse marcador porque não se aplicava às suas vidas, outros dois não recebiam apoio das empresas em que trabalhavam para a realização do tratamento da TB. A respeito dos marcadores mencionados, para Nogueira (2012), o apoio insuficiente de pessoas que convivem no meio social, familiar ou comunitário dos indivíduos parece afetar negativamente a adesão, podendo ainda levar à depressão e à desesperança. O enfrentamento de situações estressantes requer apoio social e dos familiares e em se tratando de doenças e tratamentos pode atenuar o impacto das experiências estressantes vivenciadas por essas pessoas (Andrade et al., 2017).

Quanto aos marcadores relacionados aos serviços de saúde, os cinco indivíduos que abandonaram o tratamento da TB referiam vínculo com o serviço de saúde, sempre eram atendidos pelos mesmos profissionais da unidade, quando tinham dúvidas referentes à sua saúde, sempre se dirigiam à UBS na tentativa de saná-las e tinham a intenção de continuar na

Thaís Tenório Garcia de Moura

mesma unidade para a realização do tratamento. O comportamento de abandono dos sujeitos do estudo veio refutar a literatura atinente a esses marcadores. Para Rodrigues et al., (2016) a maneira como os enfermeiros lidam com as pessoas em tratamento da TB pode ser o diferencial na adesão ou não ao tratamento da doença.

No que se refere ao vínculo e ao serviço de saúde que realiza o tratamento, um importante elemento a ser considerado é o acolhimento: uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de forma variada. Dessa forma entende-se que o acolhimento é importante no controle e prevenção da TB como medida para assegurar a identificação de sintomáticos respiratórios e doentes, além de diminuir barreiras ao diagnóstico precoce e à conclusão do tratamento, um dos principais determinantes para o desenvolvimento de casos de resistência (Silva et al., 2016).

Outro componente importante de atuação da equipe de saúde é a visita domiciliária que consiste em um campo de atuação de promoção da saúde e da construção e fortalecimento do vínculo entre todas as pessoas envolvidas no tratamento da TB, que deve ser realizada não de forma mecanizada, mas como um importante instrumento fortalecedor do cuidado em saúde (Clementino e Miranda, 2015).

No presente estudo, dentre as cinco pessoas que abandonaram o tratamento da TB, duas nunca receberam visita domiciliária (VD) de profissionais da equipe de saúde, um recebeu uma VD durante os primeiros meses tratamento e os outros dois receberam mais de uma vez. Embora a prática da VD seja um instrumento potente de fortalecimento de vínculo, troca de informações, estabelecimento de estratégias e reconhecimento da realidade em que o outro se insere, os marcadores alusivos aos três elementos: vínculo, unidade de saúde e visita domiciliária não mostraram relação com os casos de abandono ao tratamento da TB.

6. Conclusão



6 CONCLUSÃO

Diante da gravidade das complicações em que podem resultar as infecções pelo *Mycobacterium tuberculosis*, da importância da interrupção da cadeia de transmissão, da premência em se combater o surgimento de bacilos multiresistentes, aumentar as taxas de cura e, ao mesmo tempo, diminuir as taxas de abandono ao tratamento, surgem como objetivos fundamentais para o planejamento de qualquer ação estratégica em saúde pública. Apesar da disponibilidade da medicação e da possibilidade de cura para a maioria dos casos diagnosticados, para alguns sujeitos o arsenal terapêutico se torna insuficiente diante dos casos de abandono. Procurar entender porque ele ocorre, e de alguma forma antever a sua ocorrência, possibilitaria direcionar os escassos recursos de saúde às pessoas em maior vulnerabilidade.

Na população estudada, três marcadores apresentaram-se como significativos à maior vulnerabilidade de abandono ao tratamento. São eles: consumo de álcool, reação do paciente diante do diagnóstico e capacidade de formular projetos de vida após o término do tratamento.

Ademais, é possível conjecturar que a população estudada estaria menos vulnerável ao abandono pelo simples fato de ser submetida ao questionário? Sem dúvida, sua aplicação constituiu-se em um novo espaço de escuta para o paciente, sobretudo num momento de “crise”, presente num cenário de adoecimento.

Certamente seria pouco prudente extrapolar os dados observados na presente população para pautar ações em outros cenários. Há a necessidade de que sejam estudadas populações maiores e com uma população maior de sujeitos que abandonaram o tratamento para que se entenda com maior profundidade o perfil dessa população. Provavelmente, incluir algum item sobre a percepção da equipe de saúde sobre o risco de abandono e comparar esse marcador com os demais auxiliaria a entender aquilo que todos os trabalhadores envolvidos procuram diariamente compreender quando estão diante do paciente ali, em sua rotina diária, ansiosos por evitar quaisquer desfechos desfavoráveis, seja individual ou coletivamente. Conclui-se que o MATT, na sua totalidade, é uma relevante ferramenta assistencial, de simples aplicação na rotina diária de profissionais de saúde, que podem utilizá-lo durante as consultas, em visitas domiciliares ou em salas de acolhimento e escuta qualificada, possibilitando à equipe, que o cuidado seja centrado no sujeito/família a que assistem. No entanto, na população estudada, o instrumento não possibilitou a identificação precoce das pessoas com TB com possibilidade em

Thaís Tenório Garcia de Moura

não aderirem ao tratamento Devido ao tamanho da amostra estudada, percebe-se a necessidade da aplicação em amostras populacionais maiores.

Mediante a conclusão, sugere-se em anexo II, um guia sucinto para entrevista pré-tratamento de tuberculose, a ser aplicado em consulta de enfermagem, proposto pela pesquisadora, baseado em referências bibliográficas, no instrumento MATT (Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose), elaborado na tese de doutorado pela Dra. Edilma Cavalcante, e, no conhecimento adquirido pela pesquisadora ao longo de sua dissertação de mestrado e de sua experiência profissional, enquanto enfermeira na Atenção Primária à Saúde.

7. Referências Bibliográficas



Thaís Tenório Garcia de Moura

7 REFERÊNCIAS

Abreu CRT. Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos da vulnerabilidade individual e social [dissertação]. Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba UEPB;2015.

Andrade CRB, Diógenes CC, Macêdo SM, Andrade ASS, Villa TCS, Pinto ESG. Ações de planejamento e monitoramento para o controle da tuberculose na atenção primária à saúde. Rev. APS.2017; 20(4):493-500.

Arakawa T, Magnabosco GT, Lopes LM, Arnaes MAA, Gavin MAO, Gallardo MDPS et al. Avaliação do desempenho de Programas de Controle de Tuberculose no contexto brasileiro e espanhol: uma revisão integrativa da literatura. Ciên e Saúde Colet. 2015;20(12):3877-3889.

Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.1999;50-72.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresina D, Freitas CM. (Org.). Promoções da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro:Fiocruz,2003.p.117-140.

Baldan SS, Ferraudo AS, Andrade M. A Eficácia da Estratégia Saúde da Família e do Tratamento Diretamente Observado no Controle da Tuberculose. R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul, 6(4):169-174, 2016.

Barreto AJR, Sá LD, Nogueira JA, Palha PF, Pinheiro PGOD, Farias NMP, et al. Organizações dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. Ciên e Saúde Colet.2012;17(7): 1875-84.

Benatar SR, Upshur R. Tuberculosis and poverty: what could (and should) be done? Int J Tuberc Lung Dis.2010;14 (10):1215-1221.

Berra TZ, Bruce ATD, Alves YM, Campoy LT, Arroyo LH, Crispim JA, et al. Fatores relacionados, tendência temporal e associação espacial do abandono de tratamento para tuberculose em Ribeirão Preto-SP. Rev. Eletr. Enferm. 2020; 1-10.

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

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

Thaís Tenório Garcia de Moura

Bertolozzi MR. Contribuição ao fortalecimento da capacidade de resposta à Tuberculose no âmbito do Pacto pela Vida: validação de indicadores de adesão ao tratamento [relatório científico]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Bertolozzi MR. Adesão ao tratamento da Tuberculose: operacionalização de indicadores na Atenção Básica [relatório científico]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, do Val LF, et al. Os conceitos da vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. Rev. Esc. Enferm. USP.2009; 43(Esp 2):1326-30.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Plano Estratégico para Controle da Tuberculose, Brasil: 2007-2015. Brasília; 2006.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da Tuberculose no Brasil: Indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico – Especial Tuberculose. 2012;43:1-12.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. 2013; 44(2):1-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. 2014; 45(2):1-10.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Avaliação da gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília;2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. 2015; 46(9):1-19.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. 2016; 47(19):1-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. 2016; 47(13):1-15.

Thaís Tenório Garcia de Moura

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. 2017; 48(8):1-11.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. 2019; 50(8):1-18.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. 2020;1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. 2018;49:1-18.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Experiências de Programas de Controle da Tuberculose: “Porque juntos iremos detectar, tratar e acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil”. 2018;49:1-130”.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Número Especial. Mar 2021.

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

Chirinos NEC, Meirelles BHS, Bousfield ABS. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. Rev. Gaúcha Enferm. 2015;36(N. esp.).

Coelho AA, . Ferreira VHS, Santos GA, Santos MCS, Oliveira DCS, Amaral JAD. A efetividade do tratamento diretamente observado na adesão ao tratamento da tuberculose. Revista Portal: Saúde e Sociedade. v.3, n.1. 2018. Disponível em: [A Efetividade do Tratamento Diretamente Observado na Adesão ao Tratamento da Tuberculose | Ferreira | Revista Portal: Saúde e Sociedade \(ufal.br\)](#)

Contador JL, Senne, EDF. Testes não paramétricos para pequenas amostras de variáveis não categorizadas: um estudo. Gest Prod. São Carlos; 2015.

Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. Saúde Debate. 2014;38(102):572-581.

Crispim JA, Touse MM, Yamamura M, Popolin MP, Garcia MCC, Santos CB et al. Adaptação cultura para o Brasil da escala Tuberculosis – related stigma. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016; 21(7).

Cruz MM, Cardoso GCP, Abreu DMF, Decotelli PV, Crispim PP, et al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de

Thaís Tenório Garcia de Moura

saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*, 2012, Rio de Janeiro, 20(2):217-24.

Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLS, Araujo VLA, Oliveira e Cruz DM, Pessanha GF, et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015;19 (53):251-63.

Da Mata JGF, Filho MBG, Cesarino CB. Adesão ao tratamento medicamentoso de adultos autorreferidos com diagnóstico de hipertensão. *Saúde e pesquisa*. 2020. Jan-mar;13(1):31-39.

Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. Avaliação da não adesão da farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. *Rev Brasil Epidemiol*. 2020; 23: E2000080.

Ferreira J, Engstron E, Alves LC. Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda, moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro: as razões do im (provável). *Cad Saúde Colet*. 2012; 20(2):211-6.

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

Fusco APB, Arcêncio RA, Yamamura M, Palha PF, Reis AA, Alecrim TFA, et al. A distribuição espacial da tuberculose em um município do interior de São Paulo. *Rev Lat Am Enfermagem* . 2017; 25: e2888, 2017 Jun 05.

Gil AC. Métodos e técnica de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas. 2008.

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

Gonçalves H. A tuberculose ao longo dos tempos. *Hist, ciências, Saúde-Manguinhos*. 2000; 7 (2):303-25.

Herrero MB, Ramos S, Arrossi S. Determinants of non adherence to tuberculosis Treatment in Argentina: barriers related to access to treatment. *Rev Bras Epidemiol*. Apr-Jun 2015; 18(2): 287-298.

Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. As necessidades de saúde e vulnerabilidade de pessoas com tuberculose segundo as dimensões, acesso, vínculo e adesão. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45: 1-6.

Jaconi PR, Giatti L Nexus Para a Sustentabilidade: A Busca Por Uma Nova Racionalidade. *Ambiente & Sociedade*, v.20, nº2, São Paulo, 2017. Disponível em: [Nexus for sustainability: searching for a new rationality \(scielo.br\)](https://doi.org/10.1590/1808-06172017000200007).

Thaís Tenório Garcia de Moura

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

Júnior RT, Loffredo LCM. Epidemiological characterization of patients at a tuberculosis hospital in the state of São Paulo, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2015; 36(1): 149-152.

Lenzi CL. Sustentabilidade, Saúde e Políticas Sociais: Repensando o Bem-Estar Social no Século 21. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science.* v.8, n.3, set.-dez. 2019 p.338-355. Disponível em: [234551383.pdf \(core.ac.uk\)](#).

Lima LM, Harter J, Tomberg JO, Vieira DA, Antunes ML, Cardozo-Gonzales RI. Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enfermagem.* 2016 mar, 37 (1) e51467.

Luna FDT. Adesão ao Tratamento da Tuberculose: Aspectos Da Vulnerabilidade Programática. TESE: Biblioteca Digital De Teses E Dissertações Da Universidade Estadual da Paraíba. 2015. Disponível em: [Biblioteca Digital de Tese e Dissertação: Adesão ao tratamento da tuberculose: Aspectos da vulnerabilidade programática \(uepb.edu.br\)](#).

Maciel MS, Mendes PD, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Ver Bras Clín Med.* 2012; 10(3):226-30.

Magno ES, Saraceni V, Souza AB, Magno RS, Saraiva M. Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do Estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(5).

Neves RR; Ferro PS; Nogueira LMV; et al. Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. *Rev Fund Care Online.* 2016 out/dez; 8(4):5143-5149. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016>.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008; 16(5).

Nogueira JN. O enfermeiro na clínica da família: análise compreensiva da ação assistencial / The action of the attending nurse at the Family Clinic. Rio de Janeiro; s.n; dez. 2012. 86 p. Tese em Português | LILACs | ID: lil-719045

Novotny T, Hendrickson E, Soares ECC, Sereno AB, Kiene SM. HIV / AIDS, tuberculose e tabagismo no Brasil: uma sindemia que exige intervenções integradas. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(3).

Oliveira DLLC. Incluindo O Projeto Terapêutico Singular Na Agenda Da Atenção Básica Em Contexto De Vulnerabilidade E Não Adesão Ao Tratamento Da Tuberculose. *Revista Observatório do Cuidado.* (2015). Disponível em: [Incluindo o projeto terapêutico singular na agenda da atenção básica em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose \(observatoriodocuidado.org\)](#).

Thaís Tenório Garcia de Moura

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Tuberculosis en las Américas Reporte Regional 2009 HSD/CD/T/002-10 Tuberculosis en las Américas: Reporte Regional 2009.

Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde – doença. Ver. Esc. Enf. USP, v.34, n.1, p. 9-15, mar 2000.

Orlandi GM, Pereira EG, Biangolini REM, França, Francisco OS. Bertolozzi MR. Incentivos Sociais na Adesão ao Tratamento da Tuberculose. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília 2019. Vol. 72. Disponível em: [Incentivos sociais na adesão ao tratamento da tuberculose \(scielo.br\)](http://scielo.br)

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Organização Mundial da Saúde (OMS). STOP TB Partnership lança a iniciativa TB REACH [internet]. Brasília; 2010. [citado 2016 abr.12].

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Organização Mundial da Saúde (OMS). Dia Mundial da TB 2016: Unidos para acabar com a TB [internet]. Brasília; 2016. [citado 2016 jun.13].

Paula CEA, Silva AP, Bittar, CML Vulnerabilidade legislativa de Grupos Minoritários. (2017). Disponível em: [SciELO - Saúde Pública - Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários \(scielosp.org\)](http://scielosp.org)

Pereira SM, Araujo GS, Santos CAS, Oliveira MG, Barreto ML. Associação entre diabetes e tuberculose: estudo caso controle. Rev. Saúde Pública. 2016; 50: 1-7.

Ponce MAS, Wysocki AD, Arakawa T, Andrade RLP, Vendramini SHF, Sobrinho RAS et al. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. Epidemiol Serv Saúde. 2016; 25(3): 553-562.

Queiroz R, Nogueira PA. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da freguesia do Ó/ Brasilândia – São Paulo. Saúde Soc. 2010; 19(3): 627-637.

Rodrigues ILA, Ferreira MA, Motta MCS. Representações sociais da tuberculose por enfermeiros. Rev. Bras Enferm. 2016; 69(3): 532-537.

Santos MVB, Lira GG, Fernandes FECV. Adesão à medicação pelo paciente renal crônico em hemodiálise. Rev Enferm UFPE on line. 2020;14:e243294 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243294>

Secretaria Municipal de Saúde. Boletim TB: Cidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

Sevalho G. O Conceito de Vulnerabilidade e a Educação em Saúde fundamentada em Paulo Freire. (2017). Disponível em: [SciELO - Saúde Pública - O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire.](http://scielosp.org)

Thaís Tenório Garcia de Moura

Silva DS, Mello FCQ, Migliori GB. Série Tuberculose 2020. Jornal Brasileiro de Pneumologia. (2020). Disponível em: [Série tuberculose 2020 \(scielo.br\)](https://scielo.br)

Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki NA, Scatena LM, Villa TDV. Avaliação de desempenho de Serviços de Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(6):1044-53.

Silva PC. Fatores intervenientes na cura de pacientes com tuberculose em Vitória, Brasil. Dissertação. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2013.

Silva, EA, Silva, GA. O sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento / Perceptions of living with tuberculosis: a study on social representations of people in Treatment. *Physis (Rio J.)*; 26(4): 1233-1247, Out.-Dez. 2016. Artigo em Português | LILACS | ID: biblio-842088. Biblioteca responsável: BR1.1

Silva PF, Moura GS, Caldas AJM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. Cad Saúde Pública vol. 30 n8. Rio de Janeiro ago.2014.

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

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

Styblo K, Sutherland I, Bleiker MA, Meijer J. The risk of tuberculous infection in the Netherlands from 1967 to 1979. Tubercle. 1983; 64(4): 241-53.

Teixeira AQ, Samico IC, Martins AB, Galindo JM, Montenegro RA, Schindler HC. Tuberculose: conhecimento e adesão às medidas profiláticas em indivíduos contatos da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Colet, 2020;28(1):116-129 | <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010332>.

Terra MF, Bertolozzi MR. Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da Tuberculose? Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2008. Julho / agosto 16 (4)

Trabulsi LR, Alterthum F, Gompertz OG, Candeias JAN. Microbiologia. Editora Atheneu, 3º edição, 1999, São Paulo.

Trajman A, Saraceni V, Durovni B. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a Tuberculose no Brasil: Desafios e Potencialidades. Caderno Saúde Pública. 2018. Disponível em: [SciELO - Saúde Pública - Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades \(scielosp.org\)](https://scielosp.org)

Thaís Tenório Garcia de Moura

Trindade LM, Ferraz L, Bordignon M, Pian TD, Nalin V, Pulga T, Boccalon D. Grupos Vulneráveis e Seus Fatores Condicionantes na ótica dos Profissionais de Saúde de Atenção Básica. Revista Eletrônica Educação e Sociedade. v.1, n.1, 2015. Disponível em: Grupos vulneráveis e seus fatores condicionantes na ótica dos profissionais de saúde da Atenção Básica | Jornada Científica (unisal.br)

Vieira AA, Leite DT, Andreoni S. Tuberculosis recurrence in a priority city in the state of São Paulo, Brazil. J Bras Pneumol. 2017; 43(2): 106-112.

Viveiros M, Simões MJ. Pequena História de REDES-TUBERCULOSE no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade de Lisboa. v.15, 2016
Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/104/86>

World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva. 2008.

World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing, Geneva. 2009.

World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report. Geneva. 2011.

World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report. Geneva. 2015.

World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report. Geneva, 2018.

Anexos



Thaís Tenório Garcia de Moura

8 ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE MARCADORES DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Município: _____ Data Entrevista: ____/____/____

Nome do Entrevistador: _____ Nome do Digitador: _____

1. Características gerais do paciente:

1. Iniciais do paciente: _____ Idade: _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Registro na UBS (prontuário): _____

4. Data da notificação TB: ____/____/____

5. Data do início tratamento TB ____/____/____

5.1 Nome da UBS: _____

5.2ESF: Sim () Não ()

6. O Sr.(a) considera que a renda familiar mensal, considerando o que necessita para viver é: 1.() insuficiente 2.() pouco suficiente 3.() suficiente

6.1.Por que o Sr (a) considera (suficiente, insuficiente ou pouco suficiente)? _____

6.2. Compartilhada com quantas pessoas: _____ (incluindo o paciente)

Ano 2013-2014	Registrar as faltas por mês / Por que faltou?
Janeiro	
Fevereiro	
Março	
Abril	
Maio	
Junho	
Júlio	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	

Thaís Tenório Garcia de Moura

7. Tipo de TB:_____

8. HIV: () positivo () negativo () teste em andamento () não realizado

9. Em algum momento durante o tratamento, necessitou de encaminhamento (referência) para outro serviço? () Sim () Não

9.1 Se sim, quais: () Unidade Ambulatorial de Referência para TB () Hospital () CAPS-AD
() Profissional Especializado ou Generalista () Outros _____ Motivo_____

9.2 Após ser atendido em outro serviço de saúde, recebeu encaminhamento por escrito do profissional que o atendeu para entregar à unidade de saúde que o encaminhou? () Sim () Não

9.3. Considera que o serviço de saúde resolveu seu problema de saúde () Sim () Não Por quê?

10. Desfecho/Situação final do tratamento

Cura () Abandono () Óbito () Transferência () TBMDR ()

Thaís Tenório Garcia de Moura

2. Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose

Marcadores	Perguntas	Escore			Total
		1	2	3	
Condições Sociais					
1. Escolaridade*	*Qual a última série que cursou com aprovação? _____ *Quantos anos estudou? Não sabe () sabe ()	Não sabe ler e escrever	Sabe ler, mas não sabe escrever	Sabe ler e escrever	
2.Trabalho (condição empregatícia)	Está trabalhando nesse momento? Sim () Não () Por quê? () Afastamento devido à doença () Desempregado () Estudante () Do lar O que faz (Profissão/ocupação)? _____	Não tem trabalho	Trabalha mas não é fixo. Faz bico em quem? _____	Tem trabalho fixo * Registro em carteira: Sim () Não () *regularidade em trabalhar durante a semana Estudante ()	
3. Vida (Situação de moradia/conviver com familiares).	Com quem o Sr.(a) está morando neste momento? Vive sozinho () Familiares () Ninguém () Outra situação (). Qual? _____	Pessoa vive em situação de rua/albergue	Vive sozinho	Vive com outras pessoas	
4.Crença Religiosa	Que Instituição religiosa o Sr.(a) frequenta? *Qual: ? _____	Não frequenta	Frequenta esporadicamente	Frequenta sempre	
5. Tempo gasto para ir até a UBS	Quanto tempo o Sr. (a) gasta para chegar à UBS? Qual o meio utilizado? a pé (), ônibus(), carro() outro(). Qual? _____	Mais do que 1 hora	Até 1 hora	Até 30 minutos	
Contextos Vulneráveis					
6.1Consumo de álcool	O Sr.(a) consome álcool: Anotar Observações:	Consome bebida alcoólica esporadicamente e não se embriaga	Consome bebida alcoólica e não se embriaga	Não consome bebida alcoólica	

Thaís Tenório Garcia de Moura

6.2 Consumo de fumo	Em relação ao fumo, o Sr(a): Anotar Observações:	Fuma todo dia	De vez em quando	Não fuma	
7.Uso de drogas	Neste momento, o Sr. (a) tem usado algum tipo de drogas (substância ilícita). Tipo? _____ Não informou () Anotar observações:	Sim, todos os dias	Às vezes / parou devido ao tratamento	Não Usa	
Relacionados ao Processo Saúde-Doença					
8. Doença Associada	Além da Tuberculose, o Sr. (a) tem alguma outra doença? Sim () Qual? _____ Não informou () Não sabe () Toma outra medicação? Qual? _____	Tem doença associada à tuberculose e tem que tomar também outras medicações.	Tem doença associada à tuberculose, mas não tem que tomar medicação.	Não tem doença associada à tuberculose.	
9. Concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença	O Sr.(a) sabe o que causou a tuberculose? _____	Paciente desconhece a causa da doença, associando-a a elementos difusos: friagem, tomar bebida gelada, etc.	Paciente associa a doença ao agente etiológico	Paciente associa a doença ao agente etiológico e a elementos da vida e do trabalho	
10.Conhecimento sobre a doença	O Sr.(a) já tinha ouvido falar sobre a tuberculose? Sim () Não () Através de quem? _____	Paciente desconhece a doença	Paciente conhecia a doença, que acometeu familiar. Quem foi? _____	Paciente conhecia a doença, que acometeu amigos/vizinhos/ outras fontes ou ninguém com quem não convive diretamente.	
11.1Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico	Quais foram os serviços de saúde que o Sr.(a) percorreu até chegar ao diagnóstico (registrar em ordem histórica da trajetória a partir dos sinais e sintomas). 1), 2).....; 3)...., n)... Qual unidade de saúde confirmou o diagnóstico? _____	Recorreu a 3 ou mais unidades de saúde	Recorreu a 2 unidades de saúde.	Recorreu a somente uma unidade de saúde	
11.2 Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico – Tempo para receber o diagnóstico.	Quanto tempo levou para o Sr(a) saber do diagnóstico?	Levou mais do que 1 mês até o diagnóstico	Levou menos de 1 mês até o diagnóstico	Levou um período inferior a 30 dias	

Thaís Tenório Garcia de Moura

12.Reação do paciente diante do diagnóstico	Como o Sr.(a) se sentiu, quando soube que tinha tuberculose? (procurar identificar se o paciente apresenta alguma reação para o enfrentamento da doença.)	Reação aparentemente negativa: _____	Reação aparentemente indiferente: _____	Reação aparentemente positiva: _____	
Marcadores Relacionados ao Tratamento					
13.Condição de tratamento*	É a primeira vez que o Sr.(a) está tratando? Sim () Não () Quanto foi o último tratamento (ano) _____	Recidiva Retratamento () Abandono() Falência()	Transferência	Caso novo	
Relacionados ao Processo Saúde-Doença					
14. Informou sobre a doença	O Sr.(a) falou que está com tuberculose para alguém (família, amigos/colegas?) Por que? _____	Não informou a ninguém sobre a doença	Informou familiares a respeito da doença	Informou familiares e outros (amigos e colegas de trabalho) a respeito da doença	
15.Impacto da tuberculose sobre a vida	O Sr.(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em sua vida? (Buscar identificar se a doença tem reduzido a capacidade para a realização das atividades no domicílio) Sim () Quais? _____ Não ()	A doença causou impacto negativo em sua vida	A doença algumas vezes causa impacto negativo em sua vida	A doença não causou impacto negativo em sua vida	
16.Impacto da tuberculose sobre o trabalho	O Sr.(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em seu trabalho? (Buscar identificar se a doença tem reduzido a capacidade para a realização das atividades laborais)	A doença causou impacto negativo em suas atividades laborais ou não tem trabalho Quais? _____	A doença algumas vezes causa impacto negativo em suas atividades laborais. Quais?____	A doença não causou impacto negativo em suas atividades laborais	
Marcadores relacionados ao tratamento					
17.Modalidade de Tratamento	Como é o tratamento da tuberculose: o Sr.(a) vem tomar a medicação aqui na UBS, ou toma em casa?	Auto administrado	TDO em até 3 vezes por semana	TDO, até 5 vezes por semana	

Thaís Tenório Garcia de Moura

18.Dificuldades no Tratamento em relação aos medicamentos	<p>Como tem sido o tratamento? O Sr.(a) tem tido alguma dificuldade em relação aos comprimidos?</p> <p>Procurar identificar dificuldades em termos de:</p> <p>-Ingestão dos medicamentos, incluindo número e volume dos medicamentos ()</p> <p>-Efeitos colaterais ()</p> <p>-Dentre outros ()</p>	<p>Sempre apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos.</p> <p>Quais?</p> <p>_____</p>	<p>Algumas vezes apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos.</p> <p>Quais?</p> <p>_____</p>	<p>Nunca apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos</p>	
19.Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença	<p>Como o Sr.(a) tem se sentido em relação à tuberculose? Sente alguma melhora, está igual ao que se encontrava antes do início do tratamento ou piorou?</p> <p>_____</p>	<p>Paciente manifesta que apresenta piora da enfermidade, mesmo após o início do tratamento</p>	<p>Paciente manifesta que nada se alterou, em relação aos sinais e sintomas, mesmo com o tratamento</p>	<p>Paciente apresenta melhora da enfermidade, após o início do tratamento</p>	
20. Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família	<p>O Sr.(a) tem algum apoio da família para o tratamento?</p> <p>*apoio no sentido de ajuda de alguma forma:</p> <p>enfrentamento da doença ()</p> <p>financeiro () afetivo ()</p> <p>outros: _____</p>	<p>Paciente manifesta que familiares não o (a) apoiam no tratamento/ou paciente não tem familiar/mora na rua</p>	<p>Paciente manifesta que familiares algumas vezes o (a) apoiam no tratamento.</p>	<p>Paciente manifesta que familiares sempre o(a) apoiam no tratamento</p>	
21.Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho	<p>O Sr.(a) tem algum apoio por parte dos colegas de trabalho/chefia para o tratamento?</p> <p>(Desconsiderar esse marcador se o paciente: não trabalha, desempregado, estudante ou dona de casa)</p>	<p>Paciente manifesta que não há apoio no trabalho para o tratamento e/ou não mencionou que está doente aos colegas de trabalho/</p> <p>Chefia</p>	<p>Paciente manifesta que alguns colegas/chefia o(a) apoiam no tratamento</p>	<p>Paciente manifesta que colegas/chefia sempre o(a) apoiam no tratamento</p>	
22.Dificuldades no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde, incluindo incentivos (cesta básica, lanches, outros)	<p>O Sr.(a) tem algum apoio deste serviço de saúde para o tratamento?</p> <p>O Sr(a) recebe algum incentivo na UBS?</p> <p>-Lanche ()</p> <p>-Cesta-básica ()</p> <p>-Passe para transporte ()</p> <p>-Outro. Qual? _____</p>	<p>Paciente manifesta que não há apoio no serviço de saúde para o tratamento</p>	<p>Paciente manifesta que alguns profissionais de saúde o(a) apoiam no tratamento e algumas vezes conta com incentivos</p>	<p>Paciente manifesta que os profissionais de saúde sempre o(a) apoiam no tratamento e conta com incentivos</p>	

Thaís Tenório Garcia de Moura

23. Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	O Sr.(a) já teve vontade de desistir do tratamento? Por quê?	Apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento.	Já pensou em desistir do tratamento.	Não apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento.	
24. Capacidade de formular projetos de vida para serem concretizados após o tratamento	O que o(a) motiva a realizar o tratamento? (Buscar identificar se o paciente realiza o tratamento almejando projetos para o futuro: educação dos filhos, trabalho, dentre outros)	Aparenta não apresentar motivação	Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde	Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde e por outros motivos: filhos (), trabalho (), Outros () _____	
Marcadores Relativos aos Serviços de Saúde					
25A. Vínculo/ Acolhimento na UBS	Como o Sr.(a) se sente quando fala dos problemas de saúde aqui neste serviço de saúde? - Sente que é ouvido? Sim () Não ()	Manifesta que seus problemas de saúde não são ouvidos pelos profissionais de saúde da UBS.	Manifesta que seus problemas de saúde algumas vezes são ouvidos pelos profissionais de saúde da UBS	Manifesta que seus problemas de saúde sempre são ouvidos pelos profissionais de saúde da UBS	
25B. Vínculo/ Acolhimento na UBS - atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o tratamento	Com que frequência o Sr.(a) é atendido pelos profissionais de saúde neste serviço?	Nunca é atendido pelos mesmos profissionais de saúde do serviço	Algumas vezes é atendido pelos mesmos profissionais de saúde do serviço	Sempre é atendido pelos mesmos profissionais de saúde do serviço	
25C. Vínculo/ Acolhimento na UBS - frequência que recorre aos serviços de saúde em caso de dúvidas	Quando o Sr.(a) tem alguma dúvida sobre a doença ou sobre o tratamento, com quem fala?	Nunca recorre aos profissionais de saúde do serviço/ Não tem dúvida.	Algumas vezes recorre aos profissionais de saúde do serviço	Sempre recorre aos profissionais de saúde do serviço	
26. Intenção sobre a continuidade da realização do tratamento na UBS	O Sr.(a) gostaria de continuar o tratamento aqui neste serviço, ou não? Por quê? _____	Gostaria de fazer o tratamento em outra UBS	Algumas vezes gostaria de fazer o tratamento em outra UBS	Gostaria de dar continuidade ao tratamento nesta UBS	
27. Tempo gasto para ser atendido na UBS	Quanto tempo o Sr.(a) espera para ser atendido neste serviço de saúde?	Mais do que 1 hora	Até 1 hora	Até 30 minutos	

Thaís Tenório Garcia de Moura

28. Recebimento de visita domiciliária	<p>Esta UBS já realizou visita em sua casa depois que o Sr.(a) teve o diagnóstico de tuberculose?</p> <p>Qual o profissional de saúde foi em sua casa?</p> <p>Médico ()</p> <p>Enfermeira ()</p> <p>ACS ()</p> <p>Auxiliar de enfermagem ()</p> <p>Técnico de enfermagem ()</p>	<p>Nunca teve a visita de profissionais de saúde da UBS</p>	<p>Já teve a visita de profissionais de saúde em uma ocasião</p>	<p>Já teve a visita de profissionais de saúde algumas vezes</p>	
Total dos escores					

Guia para entrevista pré tratamento da tuberculose

A sugestão do guia para entrevista pré tratamento da TB, foi elaborado baseando-se em referências bibliográficas, a utilização do MATT (Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose), que é um instrumento construído e validado em tese de doutorado de Dra. Edilma Cavalcante e, no conhecimento adquirido pela pesquisadora ao longo de sua dissertação de mestrado e de sua experiência profissional, enquanto enfermeira da Atenção Primária à Saúde. O guia deverá ser mantido em prontuário do paciente, ser preenchido na consulta de enfermagem, antecedendo a implementação do tratamento proposto, levando-se em consideração, o valor numérico de cada resposta. A somatória dos valores sinalizará se, as pessoas que estavam em tratamento da TB, apresentam vulnerabilidade à não adesão ao tratamento, considerando-se: 10-15 (alta vulnerabilidade à não adesão ao tratamento), 16-20 (baixa vulnerabilidade à não adesão ao tratamento), sendo uma possibilidade de ferramenta sinalizadora do cuidado, instrumentalizando a equipe multidisciplinar à elaboração de projetos terapêuticos singularizados e integrais.

Thaís Tenório Garcia de Moura

ANEXO II**GUIA PARA ENTREVISTA PRÉ TRATAMENTO DA TUBERCULOSE****Data:** ____/____/____ **Tipo de TB:** _____**Iniciais do paciente:** _____ **Idade:** _____

Marcador	1	2
Sexo	Masculino	Feminino
HIV	Positivo	Negativo
Uso de drogas	Sim	Não
Uso de álcool	Sim	Não
Possui trabalho	Sim	Não
Está em situação de rua	Sim	Não
Renda > US\$200/mês	Sim	Não
Reação diante do diagnóstico	Negativa	Positiva
Tem projetos de vida	Não	Sim
Conhece sua equipe de saúde	Não	Sim
Total		