

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos de
vulnerabilidade individual e social**

Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Prof.^a Dr.^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

Campina Grande

2015

Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos de vulnerabilidade individual e social

Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Prof.^a Dr.^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

CAMPINA GRANDE – PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

T278a Temoteo, Rayrla Cristina de Abreu.
Adesão ao tratamento da tuberculose [manuscrito] : aspectos de vulnerabilidade individual e social / Rayrla Cristina de Abreu Temoteo. - 2015.
96 p. : il.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Tuberculose. 2. Tratamento de tuberculose. 3. Vulnerabilidade. I. Título.

21. ed. CDD 616.995

Nome do candidato: Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

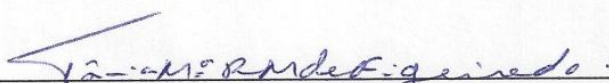
Título: Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos de vulnerabilidade individual e social

Orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo

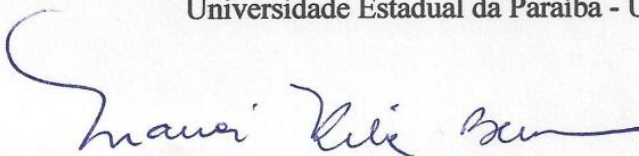
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 14/07/15

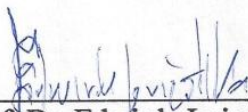
Banca Examinadora



Prof^a Dr^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Prof^a Dr^a Maria Rita Bertolozzi
Universidade de São Paulo - USP



Prof. Dr. Edwirde Luiz Silva
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”

Fernando Sabino

DEDICATÓRIA

Primeiramente, a Deus, força superior, que alimenta a alma e afasta as aflições, colocando pessoas amigas em nossas vidas, que nos ajudam a superar os mais diversos obstáculos.

Aos meus pais João Temoteo e Maria Eunice por terem me proporcionado o impossível para a realização desse sonho.

Ao meu noivo Carlos Augusto por ter me acompanhado e me apoiado incondicionalmente, sempre e principalmente durante esse período.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo por todos os valiosos ensinamentos, e principalmente por toda a confiança em mim depositada, por todos os encontros e por todas as horas a mim dedicadas.

Da relação profissional surgiu a amizade, como também, o respeito e admiração por sua simplicidade e generosidade. És sem dúvida muito especial para mim. Muito obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, acima de tudo, por ter me conduzido pelos caminhos certos, caminhos do bem e me orientando a tomar decisões coerentes.

À minha orientadora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo pela forma que me conduziu durante esse processo e pela expressiva contribuição em minha vida profissional e pessoal. Sua postura sempre ética é um exemplo que quero seguir.

À Fernanda Darliane, pela companhia de todas as horas e por dividir medos, angústias, erros e acertos sempre. Por sempre poder contar com sua ajuda, em todos os momentos. Juntas, fizemos de todas as dificuldades momentos de aprendizado que estarão eternamente marcados em minha memória.

A todos os membros do grupo de pesquisa do NEPE pelo compartilhamento de momentos e de conhecimentos, em especial, à Rosiane Davina, Aguinaldo Araújo e Pedro Victor por toda lealdade e por terem se mostrado sempre disponíveis e prontos a ajudar e o mais importante, a aprender. Obrigada por terem contribuído tanto em meu crescimento e conhecimento.

Aos mestres pelas lições e direcionamentos tão valiosos para a realização do estudo, em especial ao professor Dr. Edwirde Luiz, pela disponibilidade, paciência e empenho quanto às sugestões de análises estatísticas possíveis para o estudo.

À professora Dra. Maria Rita Bertolozzi, que tão gentilmente, nos aceitou como colaboradoras de seu grandioso projeto, pela oportunidade em trabalhar e contribuir com uma temática tão importante na Saúde Pública e acima de tudo, pela confiança em nós depositada.

Aos alunos do estágio docência, por terem me proporcionado um sentimento de certeza de que a escolha tinha sido a que me traria felicidade.

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

Aos meus pais João Temoteo e Maria Eunice por tanto terem me apoiado durante todos esses meses, me amparando todos os dias, mesmo que longe fisicamente, foram e são minha fortaleza diária. A distância trouxe saudade e esse sentimento me deixou mais fortalecida, pois sentia que a cada dia que passava meu sonho estava mais perto de ser concretizado, graças a eles, exemplo de vida; uma vida dedicada à família, a muito trabalho, e incansável dignidade. Muito obrigada, amo vocês.

Ao meu amor Carlos Augusto, que nesta caminhada se tornou meu noivo, agradeço imensamente pela paciência, em primeiro lugar, por todas as vezes que me conduzia, já tarde da noite, à rodoviária para buscar meu destino junto à Guanabara e BR 230. Obrigada por você existir e permanecer em minha vida de uma maneira tão intensa, me fazer tão feliz e respeitar todas as minhas escolhas. Te amo amor.

À Millena Cavalcanti, minha segunda mãe, uma amiga que a vida e o mestrado me presentearam. Agradeço por sua companhia, por cada palavra que me disse, tão bem colocadas que me tocaram quando eu mais precisava e hoje tenho você como fonte inspiradora. Te respeito, te admiro, te amo muito.

À Daniella Luna, pela companhia e por todo cuidado dispensado a mim, pela força e as sábias palavras que sempre me falou, as quais me inspiravam e fortaleciam a continuar sempre e nunca desistir.

Às minhas amigas Karla Albuquerque, Paula Laís, Deborah Brindeiro e Ana Cláudia por serem meu refúgio e por muitas vezes, mesmo longe, me apoiarem e me incentivarem a viver e fazer desse meu sonho realidade.

Muitas foram as pessoas que participaram ou foram fontes inspiradoras na realização deste trabalho, motivos de tamanha dedicação. Á todas elas minha eterna gratidão.

RESUMO

Temoteo RCA. Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos de vulnerabilidade individual e social. [Dissertação de Mestrado]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2015.

INTRODUÇÃO: Elementos de vulnerabilidade individual e social podem interferir na adesão ao tratamento da tuberculose (TB), contextualizados no ambiente o qual o doente está inserido. Os marcadores de adesão, por sua vez, detectam precocemente vulnerabilidades na adesão ao tratamento de doentes com TB, por meio de escores, apresentando forte potencialidade para o monitoramento dessa adesão no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), aprimorando a vigilância de pessoas com TB. **OBJETIVO:** Verificar aspectos de vulnerabilidade individual e social relacionados ao diagnóstico e a potencialidade de adesão ao tratamento da tuberculose, em Campina Grande – Paraíba. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo descritivo, com recorte transversal, de abordagem quantitativa realizado com 39 doentes com tuberculose, em tratamento há no mínimo 30 dias, no município de Campina Grande, no ano de 2015. Foram incluídos como participantes da pesquisa casos de tuberculose em tratamento, diagnosticados no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. Realizadas análises descritivas (frequências absolutas, relativas, e gráficos boxplot), para visualizar a dispersão dos dados e análise fatorial de correspondência múltipla, para evidenciar similaridades entre os dados. **RESULTADOS:** O menor potencial para adesão ao tratamento da tuberculose foi evidenciado por respostas desfavoráveis a quesitos como: impacto da tuberculose sobre o trabalho, concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença e trabalho (condição empregatícia). Diagnóstico estabelecido em período superior a 30 dias, falta de apoio ao tratamento no trabalho (ou desemprego), reação negativa diante do diagnóstico, impacto negativo sobre a vida e falta de apoio familiar, foram também aspectos que podem potencializar a vulnerabilidade a não adesão ao tratamento da tuberculose. **CONCLUSÃO:** O sucesso do tratamento está condicionado à complexidade de cada caso, considerando o ambiente familiar, profissional e social (vulnerabilidades individual e social). A intersectorialidade das ações visa encontrar facilidades na resolução dessa problemática. A utilização do instrumento foi importante para evidenciar marcadores em baixo potencial de vulnerabilidade à adesão ao tratamento da tuberculose, evidenciando quais deles necessitam de intervenção, recomendando-se sua utilização na APS para o monitoramento da adesão ao tratamento da TB.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão. Tratamento. Tuberculose. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Temoteo RCA. Adherence to tuberculosis treatment: individual vulnerability and social aspects. [Dissertation]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2015.

INTRODUCTION: The Directly Observed Treatment objective of strengthening TB treatment adherence, reducing cases of abandonment and increasing the likelihood of cure. The individual and social vulnerability elements can interfere with adherence to this treatment, contextualized in the environment in which the patient is inserted. **OBJECTIVE:** Analyze the adhesion potential to tuberculosis treatment related to aspects of individual and social vulnerability, in Campina Grande - Paraíba. **MATERIAL AND METHOD:** Descriptive and analytical study with cross-cut with a quantitative approach. Held in Campina Grande, Paraíba, 2015. They were included as research participants tuberculosis cases treated, diagnosed from September 2014 to February 2015. Performed descriptive analyzes (absolute frequencies, relative rather boxplot graphics), to view the dispersion of data and factor analysis of multiple correspondence, to highlight similarities between data. **RESULTS:** The lower potential for adherence to tuberculosis treatment evidenced by unfavorable answers to questions such as: impact of tuberculosis on work, conception of causality of health-disease and work process (employment status). Established diagnosis in more than 30 days lack of support treatment at work (or unemployment), negative reaction to the diagnosis, negative impact on the life and lack of family support, were also aspects which have worsened the vulnerability to non-adherence to treatment tuberculosis. **CONCLUSIONS:** The success of this treatment is conditional on the complexity of each case, considering the family, professional and social (individual and social vulnerabilities). The intersectoral actions aimed at finding facilities in the resolution of this problem.

KEYWORDS: Adherence. Treatment. Tuberculosis. Vulnerability.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Artigo 1 Quadro 1 – Marcadores de vulnerabilidade individual e social à adesão ao tratamento da tuberculose. Campina Grande, Brasil, 2015	42
Artigo 1 Tabela 1 – Distribuição dos marcadores de vulnerabilidade individual e social à adesão ao tratamento em relação aos escores. Campina Grande, Brasil, 2015.....	44
Artigo 2 Tabela 1 – Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose e respectivas categorias de resposta, conforme questionário utilizado. Campina Grande, Brasil, 2015.....	59
Artigo 2 Tabela 2 – Distribuição dos marcadores de vulnerabilidade individual e social à adesão ao tratamento em relação aos escores. Campina Grande, Brasil, 2015.....	61
Artigo 2 Tabela 3 – Medidas de discriminação segundo dimensões 1 e 2, referentes aos marcadores selecionados, 2015.....	62

LISTA DE FIGURAS

- Artigo 1 Figura 1:** Diagrama caixa-padrão de distribuição do percentual de frequência dos escores dos marcadores de vulnerabilidade individual e social à adesão ao tratamento da tuberculose, Campina Grande, Brasil, 2015..... **46**
- Artigo 2 Figura 1:** Gráfico de correspondência da distribuição das respostas das questões dos marcadores por dimensões 1 e 2. Campina Grande, Paraíba, 2015..... **64**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
Aids – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
AmbRef TB – Ambulatório de Referência em Tuberculose
ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DOTS – *Directly Observed Therapy Short-Course*
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EE-USP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF – Estratégia Saúde da Família
HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILTB – Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*
MATB – Marcadores de Adesão ao Tratamento da TB
MCT/CNPq – Ministério da Ciência e Tecnologia/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS – Ministério da Saúde
NEPE – Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas
NRS – Núcleo Regional de Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAC – Plano de Aceleração do Crescimento
PB - Paraíba
PMCT – Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD – *Purified Protein Derivative*
PNS – Política Nacional de Saúde
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TBMR – Tuberculose Multidroga Resistente

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TRM-TB – Teste Rápido Molecular para Tuberculose

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DIRECIONADA AO CONTROLE DA TUBERCULOSE E IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO OPORTUNO	18
1.2 ABORDANDO A TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA VULNERABILIDADE	20
1.3 AS DIMENSÕES INDIVIDUAL E SOCIAL DA VULNERABILIDADE	21
1.4 CONCEITUANDO A ADESÃO	25
1.5 UMA ABORDAGEM SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	26
1.6 UMA PERSPECTIVA DE MARCADORES QUE SINALIZEM A POTENCIALIDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	28
2 OBJETIVOS	30
2. 1 OBJETIVO GERAL	30
2. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3 PERGUNTA CONDUTORA	31
4 MATERIAL E MÉTODO	32
4.1 DESENHO DO ESTUDO	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO	34
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	35
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	35
4.5 PERÍODO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	36
4.6 ANÁLISE DE DADOS	37
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	38
5 RESULTADOS	39
5.1 ARTIGO 1 - ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL	39
5.2 ARTIGO 2 – ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: TEMPO PARA ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO RELACIONADO A ASPECTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	84
ANEXO A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	85
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
ANEXO C – PARACER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	95

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, em seu plano internacional, aponta que 22 países concentram aproximadamente 80,0% dos casos de tuberculose (TB). O Brasil, neste grupo, ocupa a 16ª posição em números absolutos de casos. Em relação ao coeficiente de incidência, o Brasil se encontra na 22ª posição entre esses países. Embora, ao longo dos últimos anos, tanto a incidência, como a mortalidade por TB esteja em redução, estima-se que, em 2012, aproximadamente 8,6 milhões de pessoas adoeceram por TB no mundo.

A região Nordeste do Brasil, no ano de 2013, apresentou um alto coeficiente de incidência, com o valor de 34,7/100.000 habitantes, ficando atrás das regiões Norte e Sudeste e uma taxa de abandono de 9,3%. O estado da Paraíba (PB), no mesmo ano, obteve um coeficiente de incidência de 28,2/100.000 habitantes, no entanto, o que chama atenção é a porcentagem de abandono do tratamento de casos novos de TB com baciloscopia positiva, que chegou a 13%, estando muito acima da pactuação de menos de 5% de casos de abandono².

No município de Campina Grande – PB, por sua vez, 106 casos novos de TB foram notificados em 2012, o que equivale a uma taxa de incidência de 27,5 casos novos para cada 100.000 habitantes³, caracterizando uma incidência intermédia (>20/100 mil <50/100 mil)⁴. Com isso, é possível considerar a relevância epidemiológica do local.

Contudo, embora a TB seja uma doença conhecida há séculos e apresente algumas taxas epidemiológicas em declínio, continua sendo um importante problema de saúde, por ser transmissível pelo ar e acometer especialmente imunodeficientes e populações empobrecidas, bem como, por ainda atender aos critérios de priorização de um agravo em Saúde Pública, os quais: alta magnitude, transcendência e vulnerabilidade⁵.

A vulnerabilidade considera a suscetibilidade ou a chance de exposição de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo, resultantes de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e que envolvem o contexto em que o indivíduo está inserido, expressando os potenciais de adoecimento (debilidades/fragilidades), de não adoecimento e de enfrentamento (resistência e capacidade criadora de superação) relacionados a todo e cada indivíduo. É também um indicador da iniquidade e da desigualdade social, diferentemente do risco, o qual indica probabilidade e chance de grupos populacionais adoecerem e morrerem por algum agravo de saúde⁶⁻⁸.

A adesão ao tratamento da TB é um processo complexo, a possibilidade de abandono é um dos desafios para o controle da doença, pois implica tanto em consequências sociais como epidemiológicas, as quais: aumento da taxa de recidiva, multidroga resistência, persistência da fonte de infecção, aumento da mortalidade, aumento do tempo e do custo do tratamento⁹⁻¹⁴.

As dificuldades na adesão ao tratamento da TB também se refletem nos indicadores operacionais da doença, quando o percentual de cura entre os casos novos de TB pulmonar bacilífera deveria ser de 85% dos casos, conforme recomendação da OMS, o país apresenta uma taxa de 70,6% e abandono de 10,5%². Pois esses casos são os principais responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão da doença quando não tratados adequadamente até a cura⁵.

Nesta perspectiva, almeja-se trabalhar a possibilidade de identificação precoce de vulnerabilidade à adesão ao tratamento da TB, considerando que a adesão é um processo em constante construção, o qual implica em métodos de tratamento, prescrição não medicamentosa, comportamentos dos doentes em relação ao cumprimento das prescrições, como também em atitudes dos pacientes, crenças, percepções, desejos, ganhos e ônus com a doença¹⁵⁻¹⁶. A adesão compreende, ainda, uma complexa trama que inclui o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade, a concepção que o doente apresenta da enfermidade, bem como suas atitudes em relação ao enfrentamento desta, além da forma como se organizam os serviços de saúde¹⁷⁻¹⁸.

O tratamento diretamente observado (TDO) da TB, por sua vez, reconhecido mundialmente e recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), é uma estratégia para a adesão ao tratamento. A realização do TDO tem aumentado no país, passando de 37,2% em 2009, para 46,8% em 2012. Essa estratégia vem sendo fortalecida por meio de capacitações, com foco na humanização da assistência, no estreitamento de vínculos entre usuários e os serviços de saúde e no fortalecimento destas ações na comunidade. O que visam aproximar os pacientes das unidades de saúde por meio de uma melhor compreensão sobre o seu contexto socioeconômico e pode facilitar a adesão ao tratamento, uma vez que é mais fácil identificar as dificuldades para completar o tratamento e interferir diretamente nelas².

Embora venham sendo adotadas estratégias para melhorar o acesso e promover a adesão ao tratamento da TB, como por exemplo, o fortalecimento da descentralização das ações de controle da doença para a Atenção Primária à Saúde (APS), o TDO da TB ainda não é efetivo o suficiente para controlar a doença².

Considerando o plano individual da vulnerabilidade, compreende-se que cada sujeito é concebido como detentor de direitos, para depois identificar quais aspectos da sua vida o expõe à infecção e ao adoecimento, passa-se, então, a examinar quanto e como os governos regulamentam, respeitam, protegem e efetivam seus direitos, abrangendo o plano da vulnerabilidade social¹⁹. Neste contexto, iremos nos deter aos elementos de vulnerabilidade individual e social que interferem na adesão ao tratamento da tuberculose, em Campina Grande – PB, considerando que a adesão ao tratamento antituberculose está intimamente ligada às condições de vida, contexto familiar, ao trabalho, e ao processo saúde-doença dos doentes com TB.

A interpretação dos contextos de vulnerabilidade permite ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões às políticas de saúde²⁰. Assim, a abordagem adotada nesse estudo pretende estimular reflexões, direcionadas aos elementos de vulnerabilidade individual e social que podem interferir na adesão ao tratamento da tuberculose, contextualizados no ambiente o qual está inserido. O que pode vir a contribuir no favorecimento à adesão a essa terapêutica, de modo que, precocemente, podem ser sinalizados indícios da não adesão e conseqüentemente estimular a adoção de medidas direcionadas a esse público, tentando impedir o abandono.

1.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DIRECIONADA AO CONTROLE DA TUBERCULOSE E IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO OPORTUNO

A política pública de saúde para o controle da TB é desenvolvida e implementada pelo PNCT em todo o Brasil. Entretanto, o país vem seguindo determinações da OMS juntamente com a parceria *Stop TB*, que pactuou, como uns dos principais objetivos das ações de controle desenvolvidas, detectar 70% dos casos bacilíferos estimados; curar, no mínimo, 85% dos casos em tratamento, e obter menos de 5% de abandono ao tratamento. Considera-se que o principal meio pelo qual se pode alcançar tais metas, seja por meio do fortalecimento da estratégia do TDO firmando os compromissos de cada esfera de gestão, com maior ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS)²¹.

Para tanto, o Ministério da Saúde (MS), tenta garantir que as ações de prevenção e controle da TB sejam priorizadas nas ações governamentais de desenvolvimento econômico e social, a exemplo do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC Saúde), o Mais Saúde: Direito de Todos 2008/2011²², a TB, ainda, apresenta-se como alvo de políticas e metas na

agenda de prioridades deste ministério, reconhecendo que a doença além de prioridade é também é um problema carregado de questões sociais².

Contudo, uma pactuação de grande significado para o controle da TB, está no Plano Global para o Combate à Tuberculose 2011-2015 da OMS, que segue as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, trata-se da meta 06 - redução pela metade da incidência e mortalidade por TB até 2015 em comparação com os valores de 1990 -, sendo que esta última foi alcançada em 2012 pelo Brasil^{5,23}.

No entanto, para o alcance dessas e outras metas pactuadas, é imprescindível a realização das ações básicas de controle da doença, como é o caso da baciloscopia do escarro, que é o exame de diagnóstico e de controle mais utilizado no Brasil, que embora seja pactuado e preconizado que seu resultado seja divulgado em até vinte e quatro horas após a coleta da amostra, na realidade, o tempo de recebimento é bastante variável, podendo ultrapassar uma semana. No entanto, com a implantação do teste rápido molecular (TRM-TB) para o diagnóstico da TB, surge a possibilidade de ampliação desse diagnóstico e da oportunidade do tratamento da doença, podendo este substituir a baciloscopia de escarro, em termos de duração para o recebimento do resultado, o qual é de apenas duas horas, bem como, em termos de importância, pois também indica a possibilidade de resistência à rifampicina, uma das drogas utilizadas na quimioterapia antituberculose^{2,5}.

Atrelado à dificuldade de adesão ao tratamento, destaca-se anteriormente a isso, o atraso no diagnóstico de TB como fator que pode aumentar o risco de complicação e consequentemente, de óbito pela doença²⁴.

São considerados como atraso de diagnóstico tanto o relacionado ao doente quanto ao serviço de saúde²⁵⁻²⁷. Conceituando-os, o relacionado ao doente diz respeito ao tempo transcorrido entre o aparecimento dos primeiros sintomas até a primeira consulta em qualquer serviço de saúde; geralmente decorrente do não reconhecimento da tosse como um sinal de alerta para a procura por atendimento²⁴ e o relacionado ao serviço de saúde, é o intervalo de tempo entre a primeira consulta até a data do diagnóstico; sendo considerado como atraso no diagnóstico o tempo de 30 dias^{25,28}.

1.2 ABORDANDO A TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA VULNERABILIDADE

Propôs-se a interpretação operacional da Aids a partir da interação de três dimensões de vulnerabilidade, apresentadas resumidamente: individual (hábitos e comportamentos), a programática (relacionada ao acesso aos serviços de saúde) e a social (determinação social ou econômica)²⁹. Contudo, cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar-se também outros agravos, em áreas e contextos populacionais diversos²⁰.

No contexto das doenças infectocontagiosas, o quadro de persistência e recrudescimento da TB em várias localidades é uma problemática e um desafio de grandes proporções, perante a gravidade da doença, assinalada pela desigualdade social e econômica, advento da Aids, envelhecimento da população e grandes movimentos migratórios³⁰. Nesta perspectiva, o PNCT, vem se aproximando do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), bem como, está em consonância com a Política Nacional de Direitos Humanos, no intuito de planejar e desenvolver ações conjuntas no controle da TB no Brasil^{2,5}.

Em se tratando de doenças cuja produção associa-se fortemente às questões socioeconômicas como ocorre com a TB, é imprescindível se discutir acerca de questões ligadas à vulnerabilidade. Isso se torna necessário, pois se percebe que dentro de um único contexto social, econômico, ambiental e cultural, as relações estabelecidas com o mesmo propiciam maior ou menor vulnerabilidade de contaminar-se com o *Mycobacterium tuberculosis*. Com isso, a disponibilidade de recursos de proteção (recursos financeiros, acesso aos serviços de saúde, às redes de apoio, às informações sobre a doença, entre outros) interfere na suscetibilidade ao adoecimento³¹.

De forma geral, estudos³²⁻³⁵ apontam que as pessoas consideradas como as mais vulneráveis à TB, são provenientes de populações de baixa renda, que dispõem de condições de moradia insalubres; pessoas com HIV; pessoas desnutridas; imigrantes; alcoolistas; encarcerados; moradores de rua; imigrantes; indígenas e que tem acesso restrito aos bens básicos como saúde e educação.

1.3 AS DIMENSÕES INDIVIDUAL E SOCIAL DA VULNERABILIDADE

O quadro da vulnerabilidade emerge no cenário das práticas de saúde como uma possibilidade de buscar novas sínteses teóricas, de fazer com que a Epidemiologia dialogue com outras ciências e outros saberes compreensivo-interpretativos, produtores de sínteses aplicadas³⁶.

A metodologia das cenas de vida cotidiana tem sido uma das abordagens mais úteis como contrapartida tecnológica para as análises do processo saúde-doença no quadro de vulnerabilidade, considerando os sentidos construídos historicamente, sentidos que se atualizam em contextos intersubjetivos, cenas e cenários locais. Analisada em três dimensões, individual, social, e programática, dinamicamente implicadas, da vulnerabilidade ao adoecimento, que por poderem ser analisadas com base em uma cena, ao se colocar a cena no centro e foco do trabalho, pode-se observar a violação e a negligência de direitos que aumentam a vulnerabilidade ao adoecer, como também, compreender os sentidos que as pessoas atribuem às dimensões de sua vida cotidiana³⁷.

A dimensão individual considera o conhecimento acerca do agravo e os comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção. É determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção)⁷.

A vulnerabilidade individual diz respeito ao reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, considerando para sua análise a concepção de indivíduo como um ser em contínua relação. No quadro da vulnerabilidade e direitos humanos são considerados aspectos, como: corpo e estado de saúde; trajetória pessoal; nível de conhecimento; escolaridade; acesso à informação; relações familiares, efetivo-sexuais, profissionais; redes de amizade e de apoio social; valores; crenças; desejos; atitudes, gestos, falas e interesses em cena; e momento emocional¹⁹.

Pode-se apreender aspectos da dimensão individual de vulnerabilidade a partir de relatos dos indivíduos de experiências de superproteção ou rejeição familiar; falta de acesso a serviços de saúde; privação de recursos materiais que impeçam ou dificultem a aquisição de

equipamentos que garantam sua maior autonomia; falta de investimento em sua educação e habilitação profissional; bem como, vivência em um meio familiar hostil³⁸. Dentre outras que possam ser percebidas por meio dos relatos dos usuários.

Torna-se imprescindível conhecer, dentre os outros aspectos, o contexto em que o indivíduo e sua família estão inseridos para que seja possível estabelecer um planejamento adequado das ações de saúde voltadas à promoção de seu bem-estar. O contexto em que os condicionantes de vulnerabilidades estão alocados é representado, muitas vezes, por conflitos e dilemas agravados pelo fato de se conter estes com determinadas particularidades patológicas que demandem atenção e colaboração por parte de todos os familiares³⁹.

Um ponto bastante relevante, é que o indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo coconstrutor, e não apenas como resultado (efeito) das relações sociais, que devem, então, ser remodeladas para garantir um comportamento admitido como saudável¹⁹.

Avaliando-se a dimensão individual da vulnerabilidade à doença, consideraram-se tais aspectos como marcadores de vulnerabilidade do indivíduo: conhecimentos e significados; características pessoais e relacionais; impacto do diagnóstico; recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento); modo de enfrentamento (práticas e comportamentos)⁴⁰; e temor de encontrar pessoas conhecidas no serviço de saúde⁴¹.

A vulnerabilidade individual, ainda, refere-se à ação individual de prevenção quando o indivíduo se depara com uma situação de risco. Envolve também, em outras palavras, aspectos relacionados às características pessoais, ao desenvolvimento emocional, percepção de risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção, atitudes pessoais em face da sexualidade, como também de conhecimentos previamente adquiridos⁴².

No processo de trabalho para a decodificação das cenas de vida cotidianas, algumas questões tem ajudado a compreensão da dimensão individual da vulnerabilidade: que discursos sobre o corpo estão presentes a cada cena? E aos desejos, eles podem ser contraditórios? Como se expressa o poder na interação entre as pessoas presentes nas cenas? Como as pessoas encaram seu sexo, sua cor de pele, sua idade, sua história pessoal? Como interpretar falas e gestos em ação, o que expressam do momento emocional? Qual nível de informação das pessoas em cena³⁷?

O plano individual, como já abordado, é a dimensão do sujeito de direitos e, por isso, implicada na vulnerabilidade social e programática. Às pessoas cabem o direito de receber

informações adequadamente adaptadas ao seu nível de escolaridade, assim como sobre seu direito à prevenção e à medicação⁷.

Tendo em vista que o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, justifica-se concentrar ações no indivíduo, muito embora, isso não seja o suficiente no controle de uma doença. Com isso, propõe-se uma auto avaliação do sujeito, na tentativa de verificar seu conhecimento, seus comportamentos, o status social e o acesso à informação, avaliando em cada um desses eixos, como pode transcorrer a transmissão da doença⁴³.

A análise dos aspectos individuais, no entanto, não pode ser totalmente respondida exclusivamente nessa dimensão, fazendo-se necessário remeter tais aspectos às relações sociais em que se inserem. Os aspectos sociais da análise de vulnerabilidade buscam focar nos contextos que conformam vulnerabilidades individuais, tais aspectos fazem referência às liberdades; mobilização e participação; instituições e poderes; relações de gênero, raciais e étnicas, entre gerações; processos de estigmatização; proteção ou discriminação sistemática de direitos; acesso a emprego/salário, saúde integral, educação/prevenção, justiça, cultura, lazer/esporte, mídia/internet¹⁹.

A dimensão social, por sua vez, complementa a individual, integrando à condição social do adoecimento utilizando-se de indicadores que revelem o perfil da população da área de abrangência, no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde. Esta dimensão inclui o ciclo de vida, a mobilidade social e a identidade social. Integra, ainda, as características do espaço social, as normas sociais vigentes, as normas institucionais, as relações de gênero e as iniquidades⁷.

Pode-se apreender características da dimensão social de vulnerabilidade considerando o meio social no qual os indivíduos têm uma posição social menos qualificada e experimentam menores possibilidades de participação social e política, acesso à educação, à justiça, à saúde, ao trabalho regulamentado, a benefícios sociais, à cultura, ao lazer e demais bens sociais que promovam a equidade de gênero e respeito aos direitos humanos³⁸. Dentre outros aspectos que possam ser percebidos por meio de relatos de usuários.

Na perspectiva da vulnerabilidade social, também é indicada a avaliação das realidades sociais por meio de indicadores dos Programas de Desenvolvimento das Nações. Bem como, por fim, é proposto aplicar-se um sistema de escores, que mensura, classificando a vulnerabilidade como alta, média e baixa. E então, a partir disso, é necessário que o serviço de saúde e indivíduo sejam responsabilizados pela prevenção da doença. No entanto, faz-se uma crítica a esta assertiva, tendo em vista que esse marco conceitual, embora primordial para

orientar os estudos sobre vulnerabilidade, muito centrado na determinação individual da doença, sendo, a unidade analítica, na verdade, construída no eixo indivíduo-coletivo⁴³.

Disponibiliza-se assim, uma estrutura interpretativa, que busca articular o indivíduo, num determinado contexto social, o seu próprio contexto social, regido por políticas sociais e de saúde, elevando a questão básica da cidadania como um exercício pleno de direitos humanos⁴³.

Na avaliação da dimensão social de vulnerabilidade à doença, consideraram-se como marcadores de vulnerabilidade: condições de organizações sociais governamentais, ou não, relacionadas à patologia, às relações de gênero e ao aparato jurídico/político⁴⁰, bem como, às condições materiais de existência, ideologia⁴¹.

No processo de trabalho para a decodificação das cenas de vida cotidianas, algumas questões tem ajudado a compreensão da dimensão social da vulnerabilidade: quais as concepções de cidadania que circulam naquele cenário social? Há garantia de trabalho e moradia decentes, direito de circulação que facilita o acesso a serviços de saúde? O sentido atribuído a “casamento” inclui pessoas do mesmo sexo? Negros e mulheres tem direitos iguais a brancos e homens, sofrem mais abuso e violência sem ter a quem apelar? Garante-se liberdade de expressão e organização, ou a mídia nunca divulga suas demandas? Há estigma e discriminação e mecanismos institucionais para protestar e pedir proteção³⁷?

Os caracteres pessoais, inerentes à dimensão individual da vulnerabilidade, configuram condição de vulnerabilidade e exclusão social, tais como, viver com baixa escolaridade e renda familiar, desemprego e condições precárias de vida. A dimensão social, por sua vez, diz respeito a um conjunto de características associadas ao contexto político, econômico e sociocultural que caracteriza o risco individual, tornando conhecida e indiscutível a relação entre problemas de saúde e pobreza, baixos salários, educação inadequada⁴⁰. Nesse sentido, acredita-se, que cada indivíduo possui um limiar de vulnerabilidade que, quando ultrapassado, resulta em adoecimento, elevando um indivíduo de vulnerável à doente⁴¹.

O quadro teórico de vulnerabilidade aqui adotado, que interliga de forma tridimensional e inseparável os seus aspectos individuais, sociais e programáticos reconhece a determinação social da doença e se propõe a renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diversos setores da sociedade^{19,44}.

1.4 CONCEITUANDO A ADESÃO

O adoecimento acarreta no ser humano um sentimento de apreensão e ameaça, favorecendo o pensamento sobre a vulnerabilidade, imprevisibilidade e finitude implícitas no ato de viver. Quando as doenças são crônicas ou de longa duração é necessário aprender a conviver com essa situação. Portanto, o tratamento de uma pessoa acometido por uma doença de longa duração deve favorecer a adaptação a essa condição, alertando-o para desenvolver mecanismos que permitam conhecer seu processo saúde-doença, de modo a identificar ou prevenir complicações e a mortalidade precoce. Nesse sentido, a adesão ao tratamento passa a ser um item importante para o sucesso do cuidado e um desafio - tanto para os profissionais quanto para os próprios doentes⁴⁵.

A “adesão” e o “abandono” são termos da literatura que habitualmente são utilizados pelo PNCT, bem como por outros Programas de Saúde Pública que trabalham com doenças crônicas⁴⁶. Contudo, é necessário definir o significado desses termos na literatura, bem como, qual conceito será adotado nesta pesquisa.

A definição dos termos *adherence*, do inglês, ou *adhesion*, do espanhol, procura ressaltar a perspectiva do paciente como um ser capaz de tomar uma decisão consciente e responsável sobre o seu tratamento. Pressupõe que todos os pacientes têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações médicas⁴⁷⁻⁴⁸. Como também, considera e reconhece as responsabilidades dos envolvidos no tratamento, o doente, a família deste e o profissional de saúde⁴⁹⁻⁵⁰.

Por outro lado, encontra-se, também, na literatura o termo *compliance*, do inglês, que pode ser traduzido como “obediência ou observância”, o que pressupõe um papel passivo do doente na participação do seu processo de tratamento⁴⁸. Tal conceito nos remete a uma concepção biomédica, na qual, o doente apenas cumpre ou obedece as recomendações médicas, não se considera o envolvimento com outros aspectos relevantes como: a interferência e opinião dos familiares, dos colegas de trabalho, dos amigos e dos vizinhos, bem como as representações sociais do corpo, da saúde e da doença^{47,51}.

No entanto, o conceito que norteia esse estudo, foi proposto por Bertolozzi⁵², considerando que a adesão ao tratamento não consiste apenas em um ato de volição pessoal, e sim um processo associado, intimamente, à vida que envolve o cotidiano da pessoa, a

organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade, considerando os processos que levam ou não ao desenvolvimento da vida com dignidade.

Tal conceito se apoia na interação de três planos de interpretação: a concepção de saúde-doença descrita pela pessoa que apresenta a enfermidade (quanto mais amplo seu entendimento, maior a possibilidade de envolvimento do sujeito em seu processo, tornando-o passível de modificações); o lugar social ocupado pela pessoa doente (que considera todos os elementos que integram a vida em sociedade, considerando as necessidades elementares para o desenvolvimento da vida); o processo de produção de serviços de saúde (considera que estes devem atuar na transformação dos perfis epidemiológicos por meio de escuta e vínculo)¹⁸.

Contudo, já foram propostos vários modelos explicativos e que ajudam a intervir na questão da adesão ao tratamento⁵³⁻⁵⁶, porém, nenhum desses modelos teóricos encontram até o momento elementos que possam diferenciar o comportamento dos indivíduos perante as prescrições medicamentosas e não medicamentosas⁵⁷.

Portanto, na perspectiva de aprofundar e conceituar amplamente a adesão ao tratamento da TB, como de poder contar com um instrumento sentinela que detecte vulnerabilidades na adesão dos doentes em tratamento, enfatiza-se a importância da utilização de marcadores, os quais tem potencial para o monitoramento da adesão ao tratamento. Tudo isso, no intuito de compreender as dificuldades da adesão e traçar estratégias e intervenções que melhorem os resultados terapêuticos e a interação entre doentes, familiares e profissionais da saúde⁵⁸.

1.5 UMA ABORDAGEM SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

O tratamento da TB tem o objetivo de fortalecer a adesão do paciente à terapêutica, bem como, de prevenir o aparecimento de cepas da micobactéria resistentes aos medicamentos, reduzindo assim, os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura⁵.

O tratamento da TB, conceitualmente, consiste em mais do que observar a tomada diária (de segunda a sexta-feira) dos medicamentos, sendo necessária construção de vínculo entre doente e profissional de saúde, bem como entre doente e serviço de saúde. Torna-se necessário, ainda, a remoção das barreiras que impedem a adesão, utilizando estratégias de

reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais⁵.

Esse acompanhamento pode ser realizado no serviço de saúde, quando o doente se dirige à unidade para receber o medicamento. Admitem-se, ainda, outras modalidades de supervisão, a prisional, quando a observação é realizada no sistema prisional, e a compartilhada, quando o doente recebe a consulta médica em uma unidade de saúde, e faz o tratamento em outra unidade de saúde, mais próxima em relação ao seu domicílio ou trabalho, devendo sempre respeitar as suas preferências⁵.

A observação direta e diária da deglutição do medicamento pode, ainda, ser realizada no domicílio do doente por profissional da saúde, no entanto, alguns desencontros no momento da visita domiciliar podem ser observados, podendo estar relacionados aos horários restritos da visita, ao planejamento das supervisões domiciliares sem levar em consideração as preferências/necessidades do doente e o ambiente sociocultural e econômico do mesmo. A atenção para as preferências do doente pode facilitar o acesso e adesão ao tratamento^{5,59}.

Neste sentido, o paciente em tratamento observado não deve ser totalmente responsabilizado pela adesão ao tratamento, são corresponsáveis em efetivar essa ação, profissionais da saúde, governo, e as comunidades, e a estratégia ainda fornece uma série de serviços de suporte que os pacientes necessitam para continuar e terminar o tratamento⁶⁰. Tais incentivos podem ser lanches, cestas básicas ou auxílio-alimentação, ou ainda facilitadores de acesso, como vale-transporte, servindo como motivação à adesão ao tratamento⁵.

No entanto, uma dificuldade comumente observada refere-se à descontinuidade desses incentivos, recursos considerados como facilitadores para adesão do doente ao tratamento, pois a disponibilização irregular dos mesmos pode resultar na desmotivação dos doentes, repercutindo negativamente no planejamento, efetivação das atividades de supervisão e principalmente na adesão do doente ao processo terapêutico⁶¹.

Outros fatores importantes para adesão são o conhecimento e as crenças sobre o tratamento⁶²⁻⁶⁵. Pois os comportamentos dos indivíduos são orientados por tais preceitos, valores e representações sobre o processo saúde-doença⁶⁶.

Além disso, outros fatores estão relacionados com a não-adesão e ao abandono do tratamento, como as variáveis: pacientes do sexo masculino^{11-12,47,67-69}, solteiros e separados⁴⁷, desempregados ou sem trabalho fixo^{9,47,68}; baixa escolaridade^{47,70}; uso de álcool^{9,68-72}; e drogas^{68,72}; tabagismo⁶⁸; tratamento prévio para TB^{12,69,71}; Tuberculose Multidroga Resistente (TBMR)^{69,71}; coinfeção pelo HIV^{68,71}; abandono prévio e tratamento não supervisionado^{12,73}. Com relação aos medicamentos, pode-se destacar os efeitos adversos associados^{47,72} como o

gosto, a quantidade e o tamanho dos comprimidos. A baciloscopia negativa no momento do diagnóstico ou durante o tratamento é vista, também, como um fator de risco para o abandono do tratamento^{9,70}.

Todos esses fatores favorecem riscos para os desfechos desfavoráveis da TB, com isso, esforços para uma abordagem multidisciplinar nesses casos devem ser empreendidos para contornar as dificuldades de adesão e tolerância desses pacientes⁷⁴. No entanto, essa temática deve receber uma nova abordagem, mais ampla, mais complexa, considerando os processos de reprodução social, a organização dos serviços de saúde, bem como, a apreensão das possibilidades para seguir a terapia medicamentosa¹⁷.

1.6 UMA PERSPECTIVA DE MARCADORES QUE SINALIZEM A POTENCIALIDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

O conceito de marcadores de adesão ao tratamento da TB (MATB) surgiu em decorrência de estudos do Grupo de Pesquisa do CNPq: Vulnerabilidades, adesão e necessidades em Saúde Coletiva, e foi implementado por Cavalcante⁵⁸, por meio da criação, aplicação e validação de um instrumento que detecta precocemente vulnerabilidades na adesão ao tratamento de doentes com TB, por meio do escore desses marcadores, apresentando forte potencialidade para o monitoramento dessa adesão no âmbito da APS, aprimorando a vigilância de pessoas com TB.

Tal instrumento leva em consideração o conceito de marcadores de adesão, os quais evidenciam, qualitativamente, elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento. Esses marcadores são considerados “sentinelas de alarme”, apresentando potencial para disparar o planejamento e a implementação precoces, de intervenções apropriadas aos indivíduos, a serem executadas pelas equipes dos serviços de APS, considerando a importância da adesão para o efetivo controle da TB⁵⁸.

A aplicabilidade dessa tecnologia pretende, além de ampliar o conceito de adesão, considerando uma abordagem integral do fenômeno incluído marcadores articulados às condições de vida, ao contexto familiar, ao trabalho, ao processo saúde-doença e ao apoio no contexto do serviço de saúde, constitui ainda, subsídio para o monitoramento e a promoção da adesão ao tratamento e para o cuidado apropriado aos doentes com TB⁵⁸.

A ampliação do conceito de adesão torna-se possível por meio do aprimoramento da abordagem que se pretende realizar diante do indivíduo que se deseja que adira ao tratamento, quando se está pautado no referencial teórico da determinação social do processo saúde-doença, no conceito de adesão⁷⁵, para sustentar projetos de intervenção, na APS, que produzam impacto desejado, com práticas qualificadas para responder às necessidades dos indivíduos/grupos sociais, contribuindo para o controle da doença⁵⁸.

A proposição de instrumento com tais marcadores mostrou-se confiável para mensurar a adesão ao tratamento dos doentes com TB no primeiro município onde foi testado, município de São Paulo, no entanto, o desafio é saber se esse instrumento também apresenta um nível seguro de confiabilidade para aplicação em outras localidades⁷⁶.

Essa dissertação será apresentada no formato de dois artigos científicos, os quais são apresentados na seção resultados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar aspectos de vulnerabilidade individual e social relacionados ao diagnóstico e a potencialidade de adesão ao tratamento da tuberculose, em Campina Grande – Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a frequência dos marcadores de adesão relacionados aos aspectos de vulnerabilidade individual e social ao tratamento da tuberculose por meio de escores.
- Investigar aspectos relativos à potencialidade de adesão ao tratamento da tuberculose relacionada aos elementos de vulnerabilidade individual e social;
- Verificar associação entre os aspectos de vulnerabilidade individual e social e o tempo para estabelecimento do diagnóstico de tuberculose.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Aspectos de vulnerabilidade individual e social, traduzidos em marcadores, podem interferir no monitoramento de pacientes em tratamento de tuberculose, no município de Campina Grande, Paraíba?

4 MATERIAL E MÉTODO

Esse estudo é parte de um projeto de pesquisa multicêntrico, intitulado “Adesão ao tratamento da tuberculose: implementação de marcadores para o monitoramento de pacientes”, o qual foi aprovado e financiado pelo edital Universal do Ministério da Ciência e Tecnologia/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (MCT/CNPq) de nº 14/2013, com duração de 36 meses, cuja instituição executora é a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), sob a coordenação geral da Professora Maria Rita Bertolozzi e coordenação local (Universidade Estadual da Paraíba/Campina Grande) da Professora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

O projeto está sendo desenvolvido em duas regiões do Brasil: região Nordeste, representada pelo município de Campina Grande – Paraíba, e região Sudeste, representada pela cidade de São Paulo - São Paulo.

O objetivo desse projeto multicêntrico é implementar um instrumento que possibilite detectar elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento da tuberculose, no âmbito da APS, em regiões do Brasil.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com recorte transversal, de abordagem quantitativa. Utilizando-se como referencial teórico-metodológico o quadro conceitual de vulnerabilidade individual e social, descrito por Ayres; Paiva; França Júnior¹⁹ e de adesão, proposto por Bertolozzi⁷⁵.

Os elementos de vulnerabilidade foram analisados considerando os aspectos de vulnerabilidade individual e social, a partir de 20 marcadores:

1. Consumo de álcool;
2. Consumo de fumo;
3. Uso de drogas;
4. Doença associada;

5. Concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença;
6. Conhecimento sobre a doença;
7. Reação do paciente diante do diagnóstico;
8. Informou sobre a doença;
9. Impacto da tuberculose sobre a vida;
10. Impacto da tuberculose sobre o trabalho;
11. Dificuldades no tratamento em relação aos medicamentos;
12. Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença;
13. Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família;
14. Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho;
15. Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento;
16. Capacidade de formular projetos de vida para serem concretizados após o tratamento;
17. Escolaridade;
18. Trabalho (condição empregatícia);
19. Vida (situação de moradia/conviver com familiares);
20. Crença religiosa.

No entanto, o instrumento completo utilizado é composto por 32 marcadores de adesão, estando os demais relacionados aos serviços de saúde e por isso não considerados na análise de dados, os quais:

1. Condição de tratamento;
2. Modalidade de tratamento;
3. Dificuldades no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde;
4. Tempo gasto para ir até a Unidade de Saúde;
5. Tempo gasto para ser atendido na Unidade de Saúde;
6. Número de serviços procurados para o estabelecimento do diagnóstico;
7. Tempo para receber o diagnóstico
8. Sentir-se que é ouvido;
9. Ser atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o tratamento;
10. Frequência em que recorre aos serviços de saúde em caso de dúvidas;
11. Intenção sobre a continuidade da realização do tratamento na Unidade de Saúde;
12. Recebimento de visita domiciliar.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Campina Grande, Paraíba, que possui 385.213 habitantes, distribuídos numa área de 594 Km², e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista, segundo o censo do IBGE de 2010. É a segunda cidade mais populosa do estado da Paraíba, considerada um dos principais pólos industriais da Região Nordeste e o maior pólo tecnológico da América Latina, possuindo o segundo maior PIB entre os municípios paraibanos, o que representa 13,6% do total das riquezas produzidas no estado⁷⁷.

A cidade é sede do Terceiro Núcleo Regional de Saúde (NRS), unidade de divisão geopolítica administrativa estadual, constituindo-se numa macrorregional de saúde, que congrega 70 municípios, sendo referência para os serviços de saúde, também, para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte⁷⁸.

Segundo a Secretaria de Saúde de Campina Grande, o município possui 94 Equipes de Saúde da família, distribuídas em 88 Unidades Básicas, o que equivale a uma cobertura de cerca de 85,0%, o que deveria facilitar as ações descentralizadas no âmbito da atenção primária à saúde. Entretanto, parte dos casos ainda são acompanhados pelo Ambulatório de Referência de Tuberculose, o qual deveria apenas acompanhar casos de difícil controle e as potenciais complicações da tuberculose (coinfecção TB-HIV, multidrogarresistência, entre outros). A rede de serviços ainda possui Centros de Saúde e Hospitais locais e o Hospital Clementino Fraga, na capital João Pessoa-PB, o qual é a referência terciária.

A rede municipal de saúde de Campina Grande está organizada em distritos sanitários, compreendendo as áreas urbana e rural, como estratégia de descentralização dos serviços de saúde. Obedecendo aos critérios de hierarquização e regionalização, o Município está dividido em seis distritos sanitários⁷⁸:

- Distrito Sanitário I – Localizado na região Nordeste, abrangendo nove bairros;
- Distrito Sanitário II - Localizado na região Oeste e Noroeste, compreendendo nove bairros;
- Distrito Sanitário III - Localizado na região Norte, envolvendo oito bairros;
- Distrito Sanitário IV - Localizado na região Leste e Sul, abrangendo 10 bairros mais o distrito de Galante;
- Distrito Sanitário V - Localizado na região Oeste e Sudoeste, abrangendo oito bairros;
- Distrito Sanitário VI - Localizado na região Oeste e Sudoeste, abrangendo cinco bairros.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo compreendeu 53 doentes com tuberculose, em tratamento, residentes no município de Campina Grande-PB, diagnosticados no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015.

Foram incluídos no estudo, doentes com TB residentes no município de Campina Grande, com idade igual ou superior a 18 anos; que estavam realizando tratamento antituberculose por no mínimo 30 dias, no período da coleta de dados e que tinham capacidade de comunicação e compreensão preservadas. Foram excluídas pessoas privadas de liberdade (em regime prisional) e em tratamento fora do domicílio.

A amostra foi censitária, quando todos os sujeitos foram elegíveis para participação no estudo, no entanto, 8 eram menores de 18 anos, 2 presidiários, 1 pessoa se recusou a participar, 1 não tinha capacidade de compreensão preservada, 1 não residia no município de Campina Grande, 1 estava hospitalizado no momento da coleta de dados, o que totalizou 39 participantes.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado utilizando-se um instrumento (ANEXO A) validado por meio do Índice de Validação do Conteúdo (60,7%), que contém questões objetivas e subjetivas e cuja aplicação possibilita a identificação precoce de vulnerabilidade a não adesão ao tratamento da TB, monitorando a adesão a partir de uma abordagem abrangente, detectando precocemente os doentes que apresentam limitações na adesão ao tratamento⁵⁸.

O instrumento contém uma seção referente à caracterização dos sujeitos que busca capturar aspectos socioeconômicos, demográficos, relativos ao processo saúde-doença. A segunda seção contém os marcadores de adesão ao tratamento antituberculose, apresentados em cinco dimensões: Condições de vida; Contextos vulneráveis; Processo saúde-doença; Tratamento; e Serviços de saúde⁵⁸.

Para cada pergunta da segunda parte são definidas três possibilidades de resposta, relacionadas aos escores 1, 2 e 3, visando mensurar a menor até a maior potencialidade para a adesão, por parte dos doentes, ao tratamento da TB, respectivamente. Ou seja, os escores mais baixos sinalizam menores potenciais para a adesão ao tratamento da TB⁵⁸.

4. 5 PERÍODO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada compreendendo o mês de março de 2015. Constituída de uma fase exploratória e outra de campo.

Inicialmente os pesquisadores realizaram visitas ao Ambulatório de Referência em Tuberculose (AmbRefTB) de Campina Grande-PB e Secretaria Municipal de Saúde da referida cidade, quando apresentaram a proposta de estudo e esclareceram os objetivos ao enfermeiro responsável-técnico pela equipe e coordenadores do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) e da Vigilância Epidemiológica, viabilizando o contato pesquisador-participante e planejando a coleta de dados, de forma que não interferisse na dinâmica dos serviços de saúde.

Na fase exploratória foram identificados os doentes com TB, por meio de contato com essa secretaria e com AmbRefTB. Foram coletados dados, como: endereço e telefone dos doentes em tratamento, bem como, das Estratégias Saúde da Família (ESF), às quais estavam vinculados. Informações relacionadas aos dados secundários dos doentes foram coletadas nos prontuários, fichas de acompanhamento do TDO e banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Na fase de campo, foram realizadas visitas ao AmbRefTB, às ESF e/ou no domicílio do doente (conforme endereço disponibilizado), buscando contato com o participante. A entrevista era realizada, preferencialmente, no AmbRefTB ou na ESF, nos dias agendados para consulta médica, de enfermagem ou de acompanhamento. No entanto, mediante a impossibilidade desse contato nessas situações, estabeleceu-se o contato por meio telefônico, quando foi agendado o local e horário, conforme a preferência e conveniência para o doente.

Cada entrevista durou uma média de 30 a 40 minutos e os dados foram registrados por escrito. Os entrevistadores foram previamente treinados, no mês de fevereiro de 2015; quando participaram dessa coleta, mestrandas em Saúde Pública e alunos da iniciação

científica, vinculados ao Grupo de Pesquisa em Avaliação de Serviços de Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), cadastrado no CNPq.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e, posteriormente, transferidos para a tabela de entrada de dados do Software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0, para prosseguir com as análises foi utilizado o programa R versão 3.1.2.⁷⁹, procedendo-se aos testes estatísticos apropriados.

Para o artigo 1 foram utilizadas análises descritivas por meio de cálculos de frequências absolutas e relativas, referentes aos escores de marcadores selecionados (conforme exposto nos resultados), utilizou-se também, gráficos boxplot, com valores mínimos e máximos, quartis 1 (Q1), quartis 3 (Q3) e medianas, para permitir uma melhor visualização da dispersão de tais escores.

No segundo artigo, utilizou-se a análise fatorial de correspondência múltipla (ACM), apresentando um plano bidimensional, valores próprios, inércia e medidas de discriminação segundo cada dimensão. A ACM foi utilizada para investigar a relação entre o tempo para receber o diagnóstico e as variáveis: reação diante do diagnóstico; impacto da tuberculose sobre a vida; impacto da tuberculose sobre o trabalho; dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho; dificuldades no tratamento em relação ao convívio familiar; e desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento, com finalidade de evidenciar associação ou similaridades entre tais aspectos, buscando obter planos que representam a configuração das variáveis no espaço^{80,81}.

4.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB), sob protocolo CAAE nº 34560114.7.2001.5187.

Com isso, essa pesquisa atende aos preceitos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em vigor no país, a qual regulamenta as normas aplicadas às pesquisas que envolvem direta ou indiretamente seres humanos, principalmente, o que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B)⁸².

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE:

ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL

RESUMO

INTRODUÇÃO: A tuberculose mantém associação com a exclusão social e a marginalização de parte da população submetida a más condições de vida e dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos. É necessário fortalecer a descentralização, com o intuito de melhorar o acesso e promover adesão ao tratamento da tuberculose. **OBJETIVO:** Investigar a potencialidade de adesão ao tratamento da tuberculose relacionada aos aspectos de vulnerabilidade individual e social, expressos por escores de marcadores de adesão, no município de Campina Grande, Paraíba. **MÉTODOS:** Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa realizado com 39 doentes com tuberculose, em tratamento há no mínimo 30 dias, no município de Campina Grande, Paraíba. Utilizaram-se como unidades de análise 20 marcadores, os quais expressam elementos das vulnerabilidades individual e social. Para cada marcador há 3 possibilidades de respostas, referentes aos escores 1, 2 ou 3; os escores mais baixos sinalizam menores potenciais de adesão ao tratamento, enquanto que, os mais altos expressam maior potencial de adesão. **RESULTADOS:** Neste estudo, os marcadores que estiveram mais relacionados aos escores 1, e que indicaram menor potencial de adesão ao tratamento da TB, foram: impacto da TB sobre o trabalho; concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença e trabalho (condição empregatícia). Em contrapartida, os marcadores que estiveram mais fortemente relacionados aos escores 3, que repercutem em maior potencialidade de adesão ao tratamento da TB, foram: uso de drogas, vida (situação de moradia) e dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A utilização do instrumento foi importante para evidenciar marcadores que podem indicar baixo potencial de vulnerabilidade à adesão ao tratamento da tuberculose, evidenciando quais deles necessitam de intervenção, recomendando-se a utilização dos marcadores na Atenção Primária à Saúde para o monitoramento da adesão ao tratamento da tuberculose.

Palavras-chave: Adesão. Tratamento. Tuberculose. Vulnerabilidade.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das principais doenças a serem enfrentadas no Brasil e no mundo, dada sua associação com a exclusão social e a marginalização de parte da população submetida a más condições de vida, como moradia precária, desnutrição e dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos. Por esse motivo, ações estratégicas vêm sendo implementadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), fortalecida pela descentralização, com o intuito principal de melhorar o acesso e promover adesão ao tratamento da TB¹.

Uma das estratégias utilizadas é o Tratamento Diretamente Observado (TDO) de Curta Duração; designação que advém do inglês *Directly Observed Therapy Short-Course* (DOTS), a qual consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa que observa e registra cada dose administrada. Contudo, essa estratégia considera uma tecnologia de gestão do cuidado para o controle da TB que prioriza, além do tratamento medicamentoso, outras atividades como investigação do perfil sociocultural e econômico do doente e de sua família, e o monitoramento do estado de saúde do indivíduo tratado. Essa abordagem visa, prioritariamente, aumentar a adesão, bem como maior descoberta das fontes de infecção e aumentar a cura, reduzindo-se o risco de transmissão na comunidade²⁻³.

Ao se tratar da adesão ao tratamento da TB, vários aspectos que proporcionam peculiaridades e especificidades devem ser considerados, não mais como resultados de comportamentos e atitudes e reduzidos ao aspecto singular da questão, mas como uma busca de identificação de potencialidades para a consecução do tratamento. Essas potencialidades consideram: os planos que dizem respeito à concepção de saúde-doença da pessoa que apresenta a enfermidade; o que se refere ao lugar social ocupado pelo doente e o que trata do processo de produção da saúde⁴.

A concepção do processo saúde-doença da pessoa com TB se refere à interpretação do doente a respeito desse processo vivenciado, que faz com que seu cotidiano seja conduzido de forma mais ativa ou passiva, com seu amplo entendimento possibilitando transformação e não conformismo, com corresponsabilidade da equipe na condução das intervenções de saúde.

A forma de inserção do doente na sociedade incorpora o acesso ao trabalho e a todos os elementos que integram a vida em sociedade, que permitem a manutenção da vida e potencializam o enfrentamento dos processos que conduzem ao desgaste da mesma⁴. Logo, a adesão é fator importante para o desfecho do tratamento da TB. A partir desta, o doente pode

ser conduzido à cura ou ao abandono⁷. Uma alta taxa de adesão produz não apenas aumento no percentual de cura, mas apresenta relação direta com a quebra da cadeia de disseminação da doença e redução do surgimento de cepas multirresistentes^{3,5-6}.

São identificados como fatores que potencializam a adesão ao tratamento da TB: a presença de uma equipe multidisciplinar completa no programa de TB, o apoio dos familiares, o desejo de retornar às atividades do convívio social (como trabalho e encontros, principalmente, familiares), o acesso e os incentivos dispensados pelos serviços de saúde, o vínculo estabelecido entre profissional e usuário, como também a estratégia de supervisão da tomada do medicamento⁷⁻⁸.

Contudo, a exposição e o controle de agravos, como a TB, resultam de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que, produzem maior suscetibilidade a agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para seu enfrentamento. Essa é a ideia de vulnerabilidade, a qual expressa além dos potenciais de adoecimento, os de não adoecimento, como também os de enfrentamento, relacionados a todo e qualquer indivíduo⁴.

Os aspectos de vulnerabilidade podem se apresentar em 3 dimensões (individual, social e programática) interdependentes. A vulnerabilidade individual é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade), sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção), e a vulnerabilidade social integra as características do espaço social, as normas sociais vigentes, as normas institucionais, as relações de gênero e as iniquidades. É necessária a interpretação desses aspectos para o correto entendimento da adesão ao tratamento de doenças^{4,9-11}.

Nesta perspectiva, a pesquisa teve como objetivo investigar a potencialidade de adesão ao tratamento da tuberculose relacionada aos aspectos de vulnerabilidade individual e social, expressos por escores de marcadores de adesão, no município de Campina Grande, Paraíba. Campina Grande é município prioritário para o controle da TB, pois atende aos critérios da nota técnica de nº 15 do Ministério da Saúde³.

METODOLOGIA

Os dados desse estudo são provenientes do projeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Adesão ao tratamento da tuberculose: implementação de marcadores para o monitoramento de pacientes”, cujo objetivo é implementar um instrumento que possibilite detectar elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento da tuberculose, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil^{12,13}.

A região Nordeste foi representada pelo município de Campina Grande, no estado da Paraíba. Campina Grande é o segundo município mais populoso do estado, com aproximadamente 400.000 habitantes, distante 133 quilômetros da capital do estado, João Pessoa¹⁴. Possui 94 Equipes de Saúde da Família distribuídas em 88 Unidades Básicas de Saúde, o que corresponde a uma cobertura de aproximadamente 85%, favorecendo a descentralização das ações para o âmbito da APS¹³.

O instrumento utilizado, validado para aplicação na APS, é constituído por variáveis referentes à caracterização dos participantes, a aspectos socioeconômicos e demográficos, ao processo saúde-doença e ao resultado do tratamento, bem como por 32 marcadores de adesão, distribuídos nas dimensões: condições sociais, contextos vulneráveis, processo saúde-doença, tratamento e serviços de saúde¹².

Foi realizado um recorte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando-se como unidades de análise 20 marcadores, selecionados por expressarem elementos das vulnerabilidades individual e social à adesão ao tratamento da TB. Os marcadores são relativos às dimensões contidas no instrumento de coleta de dados: condições sociais, contextos vulneráveis, processo saúde-doença e tratamento.

Para cada marcador há 3 possibilidades de respostas referentes aos escores 1, 2 ou 3. Os escores mais baixos sinalizam menores potenciais para a adesão ao tratamento, enquanto que, os mais altos expressam maior potencial favorável à adesão. O quadro 1 apresenta os marcadores selecionados, com suas respectivas opções de respostas e escores.

Quadro 1 – Marcadores de vulnerabilidade individual e social à adesão ao tratamento da tuberculose. Campina Grande, Brasil, 2015.

Marcador	Respostas	Escores
Dimensão 1 – Condições sociais		
1. Escolaridade	Não sabe ler e escrever	1
	Sabe ler, mas não sabe escrever	2
	Sabe ler e escrever	3
2. Trabalho (condição empregatícia)	Não tem trabalho	1
	Trabalha mas não é fixo	2
	Tem trabalho fixo	3
3. Vida ¹	Pessoa vive em situação de rua/albergue	1
	Vive sozinho	2
	Vive com outras pessoas	3
4. Crença Religiosa ²	Não frequenta	1
	Frequenta esporadicamente	2
	Frequenta sempre	3
Dimensão 2 – Contextos vulneráveis		
5. Consumo de álcool	Consome bebida alcoólica e se embriaga	1
	Consome bebida alcoólica e não se embriaga	2
	Não consome bebida alcoólica	3
6. Consumo de fumo	Fuma todo dia	1
	De vez em quando	2
	Não fuma	3
7. Uso de drogas	Sim, todos os dias	1
	Às vezes/parou devido ao tratamento	2
	Não usa	3
Dimensão 3 – Processo saúde-doença		
8. Doença associada	Tem doença associada à tuberculose e usa outras medicações	1
	Doença associada à tuberculose, mas não usa outra medicação	2
	Não tem doença associada à tuberculose	3
9. Concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença	Desconhece a causa da doença	1
	Associa a doença ao agente etiológico	2
	Associa a doença ao agente e a elementos da vida e trabalho	3
10. Conhecimento sobre a doença	Desconhecia a doença	1
	Conhecia a doença (amigos/vizinhos/ninguém)	2
	Conhecia a doença, que acometeu familiar	3
11. Reação do paciente diante do diagnóstico	Reação aparentemente negativa	1
	Reação aparentemente indiferente	2
	Reação aparentemente positiva	3
12. Informou sobre a doença	Não informou a ninguém sobre a doença	1
	Informou familiares a respeito da doença	2
	Informou familiares e outros (amigos e colegas de trabalho)	3
13. Impacto da tuberculose sobre a vida	A doença causou impacto negativo em sua vida	1
	A doença algumas vezes causa impacto negativo em sua vida	2
	A doença não causou impacto negativo em sua vida	3
14. Impacto da tuberculose sobre o trabalho	Causou impacto negativo em atividades laborais	1
	Algumas vezes causa impacto negativo no trabalho	2
	Não causou impacto negativo no trabalho	3
Dimensão 4 – Tratamento		
15. Dificuldades no tratamento em relação aos medicamentos	Sempre apresenta dificuldades na ingestão dos medicamentos	1
	Algumas vezes apresenta dificuldades	2
	Nunca apresenta dificuldades	3
16. Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença	Apresenta piora mesmo após o início do tratamento	1
	Nada se alterou mesmo com o tratamento	2
	Apresenta melhora, após o início do tratamento	3
17. Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família	Familiares não apoiam no tratamento/ou não tem familiar	1
	Familiares algumas vezes apoiam no tratamento	2
	Familiares sempre apoiam no tratamento	3

18. Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho ³	Não há apoio no trabalho e/ou não mencionou que está doente	1
	Alguns colegas/chefia o (a) apoiam no tratamento	2
	Colegas/chefia sempre o (a) apoiam no tratamento	3
19. Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	1
	Já pensou em desistir do tratamento	2
	Não apresenta desejo de desistência do tratamento	3
20. Capacidade de formular projetos de vida para serem concretizados após o tratamento	Aparenta não apresentar motivação	1
	Motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde	2
	Motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde e por ter outros motivos: filhos, trabalho, outros	3

¹ Diz respeito à situação de moradia e pessoas com quem vive.

² Diz respeito a frequentar ou não alguma instituição religiosa.

³ Apenas pessoas que trabalham responderam essa questão.

Fonte: MCT/CNPq, Edital Universal nº 14/2013; Bertolozzi MR 2013.

Ao se utilizar marcadores de adesão ao tratamento da TB, estes apresentam a possibilidade de sinalizar, qualitativamente, elementos que expressam vulnerabilidade à adesão à terapêutica antituberculose para que seja possível dispensar, conforme planejamento, intervenções apropriadas a favorecerem essa adesão¹².

Para compor a população do estudo, foram considerados doentes com TB que estivessem realizando o respectivo tratamento há no mínimo 30 dias, diagnosticados no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, o que totalizou 53 doentes. Tais doentes com TB possuíam idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídas pessoas privadas de liberdade, em tratamento fora do domicílio e que não tinham capacidade de compreensão preservada.

Adotou-se uma amostragem do tipo censitária, quando todos os componentes da população poderiam participar da pesquisa. No entanto, 8 eram menores de 18 anos, 2 presidiários, 1 não tinha capacidade de compreensão preservada, 1 não residia no município de Campina Grande, 1 estava hospitalizado no momento da coleta de dados e 1 se recusou a participar, totalizando 39 participantes.

A coleta de dados ocorreu do período de março de 2015, por meio de uma entrevista estruturada que poderia acontecer no serviço de saúde onde o participante realizava o tratamento da TB (Serviço de Referência em Tuberculose), enquanto aguardava por consulta médica de acompanhamento, ou ainda em seu domicílio, conforme fosse mais conveniente para este.

Os dados obtidos foram inseridos em uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2003*, quando se prosseguiu com a análise descritiva por meio de cálculos de frequências absolutas e relativas, referentes aos escores dos 20 marcadores selecionados. Utilizou-se também o resumo dos cinco números e diagramas de caixa (um procedimento de

resumo gráfico compacto que transmite informações sobre tendência central, simetria, assimetria, variabilidade, valores mínimos e máximos e valores atípicos), para permitir uma melhor visualização da dispersão dos escores.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob o protocolo CAAE nº 34560114.7.2001.5187.

RESULTADOS

Dos marcadores selecionados, o que obteve maior frequência quanto à opção de resposta que representa o escore 1, sinalizando menor potencial de adesão, foi o marcador “Impacto da tuberculose sobre o trabalho”, enquanto que o marcador que obteve como mais expressivo o escore 3, o qual sinaliza maior potencialidade para adesão, foi “Uso de drogas”.

Foram também consideravelmente expressivos os marcadores “Concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença” e “Trabalho (condição empregatícia)” com significativas frequências de escore 1. Já os marcadores, “Vida (situação de moradia)” e “Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença” apresentaram frequências relevantes de escore 3, o que pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos marcadores de vulnerabilidade individual e social à adesão ao tratamento em relação aos escores. Campina Grande, Brasil, 2015.

Dimensões/Marcador	N	Escore					
		1		2		3	
		N	%	N	%	N	%
Dimensão 1 - Condições sociais							
Escolaridade	39	13	33,3	1	2,6	25	64,1
Trabalho (condição empregatícia)	39	25	64,1	6	15,4	8	20,5
Vida (situação de moradia)	39	1	2,6	3	7,7	35	89,7
Crença Religiosa	39	17	43,6	12	30,7	10	25,7
Dimensão 2 – Contextos vulneráveis							
Consumo de álcool	39	4	10,3	3	7,7	32	82
Consumo de fumo	39	6	15,4	2	5,1	31	79,5
Uso de drogas	39	1	2,6	2	5,1	36	92,3
Dimensão 3 – Processo saúde-doença							
Doença associada	39	18	46,1	1	2,6	20	51,3
Concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença	39	27	69,2	2	5,1	10	25,7
Conhecimento sobre a doença	39	9	23,1	20	51,3	10	25,7
Reação do paciente diante do diagnóstico	39	20	51,3	17	43,6	2	5,1
Informou sobre a doença	39	4	10,3	18	46,1	17	43,6
Impacto da tuberculose sobre a vida	39	13	33,3	9	23,1	17	43,6
Impacto da tuberculose sobre o trabalho	39	28	71,8	5	12,8	6	15,4
Dimensão 4 – Tratamento							

Dificuldades no tratamento em relação aos medicamentos	39	7	17,9	20	51,3	12	30,8
Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença	39	0	0	5	12,8	34	87,2
Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família	39	6	15,4	2	5,1	31	79,5
Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho	17 ¹	9	52,9	2	11,8	6	35,3
Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	39	4	10,3	8	20,5	27	69,2
Capacidade de formular projetos de vida para serem concretizados após o tratamento	39	3	7,7	28	71,8	8	20,5

¹Esse marcador só foi respondido pelas pessoas que exerciam alguma atividade laboral no momento da coleta de dados, o equivalente a 17 participantes, por isso não foram considerados os 39 participantes do estudo.

As análises descritivas apresentadas na tabela 1 e figura 1 comparam os três grupos de escores identificados. Os gráficos do tipo boxplot apresentam um resumo completo dos dados de forma simples. Cada escore é representado por uma caixa que indica onde estão concentradas 50% das observações. As linhas verticais que partem das caixas representam a dispersão dos dados.

Ao analisar os dados do quantitativo das respostas por escore, é possível perceber que o escore 3 apresenta mediana de 43,6% (o que equivalente a 17 participantes), sendo o que mais se destaca por reunir praticamente 93% dos doentes que apresentaram maior vulnerabilidade à adesão ao tratamento da TB. No entanto, é também o escore que apresenta maior amplitude de dados, com uma variação bastante considerável entre os dados (mínimo de 5,1% e máximo de 92,3% das respostas).

O quantitativo de resposta por escore 1 apresenta mediana de 20,5% (o que equivale a oito participantes). Já os escores 2 apresentam mediana de 12,8% (o que equivale a cinco participantes); ambos representaram menor vulnerabilidade à adesão ao tratamento da TB. Foi possível perceber que os escores 1 e 2 apresentam dispersões menores quando comparadas às do escore 3 e também apresentam a mesma dispersão entre os dados (mínimo de 0% e máximo de 69,2% e mínimo de 2,6% e máximo de 71,8%, respectivamente).

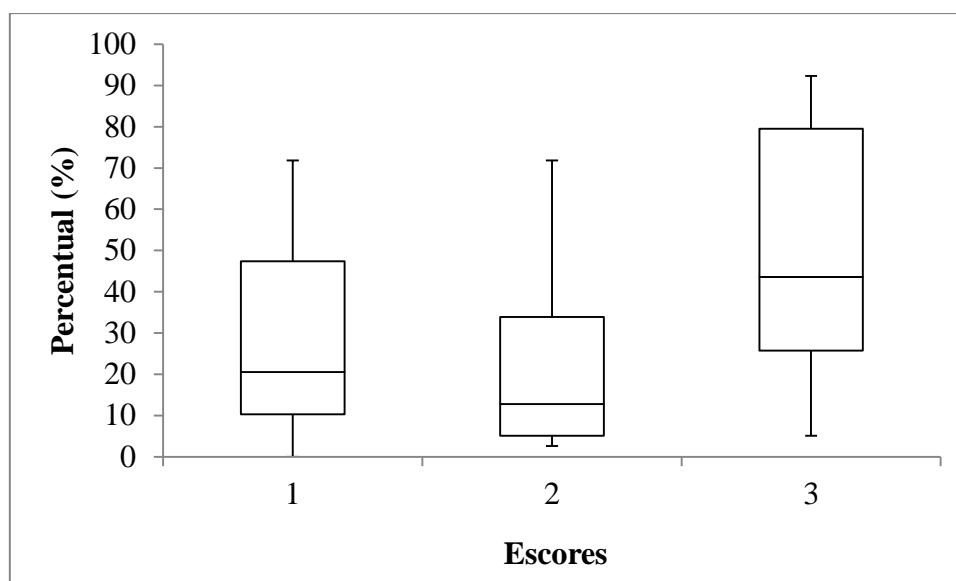


Figura 1: Diagrama caixa-padrão de distribuição do percentual de frequência dos escores dos marcadores de vulnerabilidade individual e social à adesão ao tratamento da tuberculose, Campina Grande, Brasil, 2015.

Pela visualização dos dados nos boxplots (figura 1), observa-se que o escore 3 é o que apresenta maior dispersão entre os dados (caracterizada pela maior mediana e maiores variações de valores, quando comparada à dos outros escores). Os escores 1 e 2 foram os que apresentaram menor dispersão (caracterizada por menor mediana, menores variações de valores, e valores mais próximos ao mínimo, quando comparada aos do escore 3). A visualização dos dados em gráficos boxplots dá uma ideia de posição, dispersão, assimetria e discrepância dos dados. A posição central é dada pela mediana. Percebe-se uma distribuição assimétrica à esquerda, com valores centrados entre 10 e 50 aproximadamente.

DISCUSSÃO

A potencialidade de enfrentamento da doença está diretamente interligada à adesão ao tratamento da TB, pois quanto maior esse potencial, maior a probabilidade de aderir à terapêutica antituberculose. O que traduz essa potencialidade de aderir ou não, são os aspectos de vulnerabilidade aos quais o indivíduo está exposto.

Neste estudo, os marcadores que estiveram mais relacionados aos escores 1, e que indicaram menor potencial para adesão ao tratamento da TB, foram: “impacto da TB sobre o

trabalho”, “concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença” e “trabalho (condição empregatícia)”.

Os participantes deste estudo afirmaram, em parte, que o adoecimento por TB causou impacto negativo em suas atividades laborais, levando a um percentual elevado de escore 1. O escore 1 também foi elevado em parcela considerável dos participantes, que afirmaram também não estar trabalhando no momento devido à doença. Tais afirmações também foram constatadas em outros estudos brasileiros^{12,16}.

Fazer o tratamento da TB inclui muitas vezes ficar afastado do trabalho¹⁷. Esse tratamento implica em ir às consultas e fazer exames de acompanhamento, bem como comparecer à supervisão das doses dos medicamentos, o que pode modificar o cotidiano dos doentes e, em algumas ocasiões, levar a pessoa a perder o dia de trabalho para cumprir com os compromissos que o tratamento da doença impõe¹⁸.

Considera-se ainda que a TB pode interferir negativamente sobre o trabalho quando surgem dificuldades na execução de tais atividades ou quando há impossibilidade da execução das tarefas laborais havendo a necessidade de afastamento do mesmo, pois a maioria dos casos está atrelada à falta de disposição para atividades que exigem maior esforço, envolvendo dificuldade respiratória, o que pode acarretar descontos salariais ou até mesmo demissões, podendo representar uma significativa redução de renda familiar, e esta não ser suficiente para a subsistência dos mesmos^{12,18-19}.

Tal afastamento das atividades laborativas pode acarretar, ainda, constrangimentos aos doentes com TB, ao perceberem que podem estar sendo discriminados, como também gerar repercussões econômicas, configurando-se estes, algumas vezes, como motivos para não adesão ao tratamento. No entanto, a recomendação do afastamento deve durar o tempo em que a baciloscopia se mantém positiva^{17,20}, não se justificando, muitas vezes, a postura do empregador em querer afastar o doente das atividades.

Outra situação observada é quando, após o afastamento e em seu retorno ao trabalho, ocorre a demissão, parecendo que o que está por trás disso tudo é o preconceito vinculado à transmissibilidade ou à imagem estereotipada do doente com TB²⁰.

Concomitante à situação de desemprego, os participantes em sua maioria responderam desconhecer a causalidade da TB, apresentando, também, elevado percentual de escore 1. Os doentes com TB muitas vezes associam a doença a elementos difusos, como friagem e consumo de bebidas geladas, não demonstrando deter informações suficientes sobre a doença, nem mesmo durante o seu tratamento. A falta de informação é considerada ainda como um dos principais desafios para o controle da doença²¹.

A desinformação sobre a TB pode ainda fazer com que as pessoas confundam ou não compreendam a sintomatologia da doença^{22,23}, o que eleva a potencialidade do diagnóstico tardio e conseqüentemente dificulta a adesão ao tratamento^{24,25}.

A não adesão ao tratamento da TB também é muitas vezes relacionada ao baixo nível de informação sobre a doença, como fatores provenientes de vulnerabilidade individual associada aos doentes. Portanto, a informação adequada ao paciente aumenta significativamente a probabilidade de adesão por parte deste^{16,26-29}.

Esse contexto explicita as vulnerabilidades individual e social impressas nas condições precárias de vida e de trabalho, as quais interferem no acesso aos recursos, entre eles, os de saúde, e aqueles que se referem à informação, que por sua vez podem distanciar o usuário dos serviços de saúde, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento da TB^{8,30-31}.

Em contrapartida, os marcadores que estiveram mais fortemente relacionados aos escores 3, que repercutem em maior potencialidade de adesão ao tratamento da TB, foram: uso de drogas, vida (situação de moradia) e dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença.

Em relação ao uso de drogas, os participantes, em sua maioria, não faziam uso dessas substâncias, o que consistiu um ponto bastante considerável para potencializar a adesão ao tratamento da TB do grupo de entrevistados, apresentando frequência elevada de escore 3.

A adesão ao tratamento da TB é considerada de difícil previsão, de forma que não pode ser apreendida como processo estático e linear, mas pacientes com problemas como alcoolismo e/ou abuso de drogas, assim como moradores de rua, são habitualmente não aderentes^{8,32}.

Situações de vulnerabilidade, como o uso de drogas e problemas com álcool, revelam a importância e necessidade de articulação da saúde com outros setores³³, principalmente, com serviços/associações que se dediquem ao tratamento da drogadição e alcoolismo, além da comunidade e familiares do usuário^{16,30}.

O controle da TB, no que diz respeito à adesão ao tratamento de pessoas que usam substâncias ilícitas, torna-se um grande desafio. No entanto, o reconhecimento do uso de drogas como fator de risco ao tratamento, tanto por parte do doente como dos profissionais, é um ponto crucial que, quando considerado e integrado a outras estratégias de cuidado ao doente, busca reduzir os índices de abandono/interrupção do tratamento e recuperação da saúde^{16,34}.

Considerando o marcador “vida”, que diz respeito à situação de moradia, a maioria dos entrevistados vivia com outras pessoas em sua residência e nenhum deles vivia em

situação de rua, o que pode representar, neste estudo, um fator bastante favorável à adesão, apresentando frequência elevada de escore 3.

Sabe-se da importância da participação da família, das condições de vida, saúde e moradia dos usuários do programa de controle da TB para obtenção de êxito no tratamento e para que estes não sejam conduzidos ao abandono³⁵. O fato de pessoas viverem em situação de rua evidencia vulnerabilidade à não adesão e pode interferir no sucesso do tratamento da TB³⁶.

Considerando as dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença, expressiva maioria dos entrevistados respondeu que, após o início do tratamento, apresentou considerável melhora clínica, representando alta frequência de escore 3. Neste caso, esse fator foi favorável ao maior potencial para adesão, induzindo ao entendimento de que quando as pessoas se sentem bem com o tratamento e reconhecem a melhora ficam estimuladas a dar continuidade até a conclusão do mesmo.

Alguns usuários percebem o tratamento medicamentoso como um ponto positivo à adesão devido à melhora dos sinais e sintomas proporcionada, como também consideram a supervisão como algo normal e favorável; um momento em que se sentem cuidados ao receberem orientação sobre o tratamento⁸.

No entanto, é bastante observado que justamente devido à remissão dos sintomas, outros pacientes abandonam o tratamento da TB ainda no início, o que faz com que o agente persista no organismo, expondo o doente à recidiva e à resistência medicamentosa. Essa melhora clínica nos primeiros meses de tratamento é determinante para alguns doentes, pois pode desestimular a pessoa a dar continuidade à terapêutica, pois o mesmo se autodetermina curado³⁷⁻³⁹.

Na realidade em estudo, os marcadores relacionados ao trabalho e à concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença, representam importantes pontos a serem potencializados, já que apresentaram expressivas frequências de escore 1, relativas a impacto negativo da TB sobre a vida/não ter trabalho e desconhecimento sobre a doença. Torna-se imprescindível que tais marcadores sejam mais trabalhados, no intuito de aprimorá-los e elevá-los às condições que determinam o escore 3, quando o doente tem trabalho fixo, não apresenta impacto negativo no trabalho e reconhece a causalidade do processo saúde-doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio que impõe o enfrentamento da tuberculose, tanto no âmbito político quanto assistencial, é considerar a importância do contexto do usuário para o sucesso do tratamento, provendo recursos que facilitem esse processo. Assim, são ações essenciais aquelas intersetoriais que, ainda que possam parecer que fujam do escopo da “saúde”, sendo pouco praticadas, promovem a participação da sociedade e o vínculo e são pressupostos para que o Sistema Único de Saúde de fato funcione com a qualidade requerida.

A utilização do instrumento foi importante para evidenciar marcadores com baixo potencial de vulnerabilidade à adesão ao tratamento da tuberculose, evidenciando quais deles necessitam de intervenção, como foi o caso do “impacto da tuberculose sobre o trabalho”, do “trabalho (condição empregatícia)” e da “concepção da causalidade do processo saúde-doença”, recomendando-se a utilização dos marcadores na Atenção Primária à Saúde para o monitoramento da adesão ao tratamento da tuberculose.

Os marcadores que apresentaram potenciais favoráveis à adesão ao tratamento da tuberculose devem ser reforçados a manterem essa potencialidade positiva, a exemplo de não usar drogas, não viver em situação de rua e não apresentar piora do quadro clínico após o início do tratamento.

É possível perceber que os marcadores estão interligados, já que se constituem em situações de vulnerabilidade individual e social, de maneira que a melhoria de um deles pode ocasionar a melhoria de outros, modificando uma situação de baixa e/ou média vulnerabilidade à situação de alta vulnerabilidade à adesão ao tratamento da tuberculose.

As ações a serem disparadas devem contemplar a complexidade de cada caso, considerando o ambiente familiar, profissional e social dos doentes. Logo, a intersetorialidade das ações deve estar presente desde a programação das mesmas, e não posteriormente à instalação do problema. É necessário ainda que o empregador converse com o usuário, visando compreendê-lo, identificar suas necessidades e mostrar-lhe sua disponibilidade de apoio.

Sugere-se que seja considerada, além das dimensões individuais e sociais de vulnerabilidade, a dimensão programática desta, uma vez que pode ser possível a ampliação da compreensão da realidade estudada.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. 2014; 44(2):1-13.
- 2 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6ª ed. Brasília (DF): MS; 2005.
- 3 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 4 Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Ferreira do Val L, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**. 2009; 43(Esp2):1326-1330.
- 5 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 6 Organização Mundial da Saúde. **Adherence to long-term therapies: evidence for action. Tuberculosis**. Geneva: 2003.
- 7 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):997-1005.
- 8 Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2012; 20(2):369-377.
- 9 Ayres JRJM, Paiva V, França Júnior I. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: Paiva V, Ayres JRJM, Buchalla CM. organizadores. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde - livro I: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá; 2012. p.71-94.
- 10 Ayres JRJM. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol Epidemiol AIDS**. 1997; 15(3):2-4.
- 11 Ayres JRJM, Paiva V, França Júnior I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am J Public Health**. 2006; 96(6):1001-1006.
- 12 Cavalcante EGR. Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose: uma proposta para a atenção primária à saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

13 Bertolozzi MR. Adesão ao tratamento da tuberculose: implementação de marcadores para o monitoramento de pacientes (Edital MCT/CNPq No. 14/2013 – Universal, Faixa B). Projeto aprovado. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2013.

14 **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)** [homepage da internet]. Brasília: Ministério do Planejamento; 2013 [acesso em 03 abr. 2015]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=25&search=paraiba>

15 **Secretaria de Saúde de Campina Grande**, Serviço Municipal de Saúde, Ambulatório de Tuberculose. 2014.

16 Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil dos casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública**. 2007; 41(2):205-213.

17 Souza SS, Silva DMGV. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto contexto - enferm**. 2010; 19(4):636-643.

18 Needham DM, Bowman D, Foster SD, GodfreyFaussett P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. **Health Policy**, 2004; 67(1):93-106.

19 Organização Mundial da Saúde. **Global TB control, surveillance, planning, financing**. Geneva: WHO; 2005.

20 Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**. 2007; 41(1):43-49.

21 Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose – REDE-TB [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Fundo Global. [acesso em 22 fevereiro 2015]. **Falta de informação ainda é o maior desafio**. [Adobe Acrobat document, 8p.] Disponível em: <http://www.rede.tb.org/noticias/154-noticias-mar2012/1623-falta-de-informacao-ainda-e-o-maior-desafio>

22 Machado ACFT, Steffen RE, Oxlade O, Menzies D, Kritski A, Trajman A. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **J. bras. pneumol**. 2011; 37(4): 512-520.

23 Chimbanrai B, Fungladda W, Kaewkungwal J, Silachamroon U. Treatment-seeking behaviors and improvement in adherence to treatment regimen of tuberculosis patients using intensive triad-model program, Thailand. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**. 2008; 39(3):526-541.

24 Jorge de Souza KM, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto contexto - enferm**. 2012; 21(1):17-25.

25 Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS. O atraso no diagnóstico da tuberculose. **Journal of Research Fundamental Care On Line**. 2013; 5(3):174-180.

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

- 27 Bergel FS, Gouveia, N. Retornos frequentes como nova estratégia para a adesão ao tratamento de tuberculose. **Rev Saude Publica**. 2005; 39(6):898-905.
- 28 Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005; 13(3):374-381.
- 29 Ribeiro S, Amado V, Camelier A, Fernandes MMA, Schenkman S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **J Pneumol**. 2000; 26(6):291-296.
- 30 Queiroz EM, Bertolozzi MR. TB: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**. 2010; 44(2):453-461.
- 31 Ayres JRJM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- 32 Vieira AA, Ribeiro SA. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. **J Bras Pneumol**. 2011; 37(2):223-231.
- 33 Paz EPA, Sá AMM. The daily routine of patients in tuberculosis treatment in basic health care units: a phenomenological approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2009; 17(2):180-186.
- 34 Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto contexto - enferm**. 2011; 20(3):599-606.
- 35 Oliveira MG, Silva CB, Lafaiete RS, Motta MCS, Villa TCS. O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro – participação da família. **Rev bras med fam comunidade**. 2011; 6(18):40-45.
- 36 Campani STA, Moreira JS, Tietbohel CN. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J. bras. pneumol**. 2011; 37(6):776-782.
- 37 Menzies R, Rocher I, Vissandjee B. Factors associated with compliance in treatment of tuberculosis. **Tuber Lung Dis**. 1993; 74(1):32-7. Errata em: *Tuber Lung Dis*. 1993; 74(3):217.
- 38 Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Bol Pneumol Sanit**. 1999; 7(1):65-78.
- 39 Mendes AM, Fensterseifer LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento?. **Bol. Pneumol. Sanit**. 2004; 12(1):25-36.

5.2 ARTIGO 2

ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: TEMPO PARA ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO RELACIONADO A ASPECTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL

RESUMO

OBJETIVO: analisar a adesão ao tratamento da tuberculose, em função de aspectos de vulnerabilidade individual e social que podem estar relacionados ao tempo para estabelecimento do diagnóstico, no município de Campina Grande, Paraíba. **METODOLOGIA:** recorte transversal de estudo multicêntrico, com abordagem quantitativa, realizado com 39 doentes com tuberculose, em tratamento há no mínimo trinta dias, no município de Campina Grande, Paraíba. Realizaram-se entrevistas estruturadas, utilizando-se instrumento validado que sinaliza potencial para o monitoramento da adesão ao tratamento da tuberculose por meio de marcadores de adesão, os quais são considerados “sentinelas de alarme”, apresentando potencial para disparar o planejamento e a implementação precoces de intervenções apropriadas aos indivíduos, a serem executadas pelas equipes dos serviços de APS. Utilizou-se a análise fatorial de correspondência múltipla para investigar a relação entre os marcadores. **RESULTADOS:** a análise privilegiou duas dimensões, denominadas “Dimensão 1” e “Dimensão 2”. A localização da variável “tempo para o diagnóstico” nas duas dimensões permitiu observar que as melhores condições de adesão estiveram associadas ao quadrante 4 do plano fatorial, quando o diagnóstico foi realizado em tempo hábil, e tiveram apoio à continuidade do tratamento pelos colegas de trabalho. **DISCUSSÃO:** a probabilidade de adesão ao tratamento da tuberculose é maior, principalmente quando o doente possui alguma condição empregatícia, recebe incentivo e apoio de familiares e não apresenta impacto negativo sobre sua vida. O acontecimento de tais implicações na vida e no trabalho dos doentes pode proporcionar o atraso do diagnóstico, repercutindo em menor potencial de adesão ao tratamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** quanto melhores forem as condições de vida e de trabalho, mais precocemente pode ser realizado o diagnóstico, sendo ainda maiores as chances de uma repercussão mais positiva acontecer, representando fatores mais favoráveis à adesão à terapêutica.

Palavras-chave: Adesão. Atraso de diagnóstico. Tratamento. Tuberculose. Vulnerabilidade.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, em seu plano internacional, aponta que 22 países concentram aproximadamente 80,0% dos casos de tuberculose (TB) do mundo. O Brasil, neste grupo, ocupa a 16ª posição em números absolutos de casos. Em relação ao coeficiente de incidência, o Brasil se encontra na 22ª posição entre esses países. Embora, ao longo dos últimos anos, tanto a incidência, como a mortalidade por TB esteja em redução, estima-se que, em 2012, aproximadamente 8,6 milhões de pessoas adoeceram por TB no mundo.

A TB é uma doença conhecida há séculos, com profundas raízes sociais e continua sendo um importante problema de saúde, por ser transmissível pelas vias aéreas superiores, por meio da fala, tosse e/ou espirro e acometer especialmente imunodeficientes e populações empobrecidas, bem como por ainda obedecer aos critérios de priorização de um agravo em Saúde Pública: alta magnitude, transcendência e acometimento de populações vulneráveis².

A vulnerabilidade, conceitualmente, considera a suscetibilidade ou a chance de exposição de indivíduos a um adoecimento ou agravo, resultante de um conjunto de aspectos individuais e coletivos, que envolvem o contexto em que o indivíduo está inserido, expressando os potenciais de adoecimento (debilidades/fragilidades), de não adoecimento e de enfrentamento (resistência e capacidade criadora de superação) relacionados a todo e cada indivíduo³⁻⁵.

A adesão ao tratamento da TB é um processo complexo. A possibilidade de abandono é um dos desafios para o controle da doença, pois implica tanto em consequências sociais como epidemiológicas, como: aumento da taxa de recidiva, multidroga resistência, persistência da fonte de infecção, aumento da mortalidade, aumento do tempo e do custo do tratamento⁶⁻¹¹.

As dificuldades na adesão ao tratamento da TB também se refletem nos indicadores operacionais da doença; quando o percentual de cura entre os casos novos de TB pulmonar bacilífera deveria ser de 85% dos casos, conforme recomendação da OMS, o país apresenta uma taxa de 70,6% e abandono de 10,5%¹². Esses casos são os principais responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão da doença quando não tratados adequadamente até a cura².

Nesta perspectiva, torna-se relevante trabalhar com a possibilidade de identificação precoce de vulnerabilidade à adesão ao tratamento da TB, considerando que a adesão é um processo em constante construção e que implica em métodos de tratamento, prescrição não

medicamentosa, comportamentos dos doentes em relação ao cumprimento das prescrições, como também em atitudes dos pacientes, crenças, percepções, desejos, ganhos e ônus com a doença¹³⁻¹⁴. A adesão compreende, ainda, uma complexa trama que inclui o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade, a concepção que o doente apresenta da enfermidade, bem como suas atitudes em relação ao enfrentamento desta, além da forma como se organizam os serviços de saúde¹⁵⁻¹⁶.

Atrelado à dificuldade de adesão ao tratamento, destaca-se anteriormente a isso o atraso no diagnóstico de TB como fator que pode aumentar o risco de complicação e, conseqüentemente, de óbito pela doença¹⁷. Problemas sociais podem ter efeitos adversos no controle da TB, causando atraso no diagnóstico por medo de ser reconhecido e estigmatizado. Além do atraso no diagnóstico, as conseqüências da TB contribuem também para a busca por tratamentos inadequados e para a não-adesão ao tratamento. As reações dos pacientes e de suas famílias indicam uma lacuna entre o conhecimento e suas crenças e práticas¹⁸.

São considerados como atraso de diagnóstico tanto o relacionado ao doente quanto ao serviço de saúde¹⁹⁻²¹. Conceituando-os, o relacionado ao doente diz respeito ao tempo transcorrido entre o aparecimento dos primeiros sintomas até a primeira consulta em qualquer serviço de saúde, geralmente decorrente do não reconhecimento da tosse como um sinal de alerta para a procura por atendimento¹⁹; já o relacionado ao serviço de saúde é o intervalo de tempo entre a primeira consulta até a data do diagnóstico, sendo considerado como atraso no diagnóstico o tempo de 30 dias^{19,22}.

Neste contexto, foram abordados elementos de vulnerabilidade individual e social que interferem na adesão ao tratamento da tuberculose no município de Campina Grande – PB, considerando que a adesão está intimamente ligada ao processo saúde-doença dos doentes de TB e às situações vivenciadas em seu tratamento²³ e considerando apenas o atraso no diagnóstico da TB atribuído ao serviço de saúde, pois não foi possível mensurar o atraso relativo ao doente na coleta de dados.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo analisar a adesão ao tratamento da tuberculose em função de aspectos de vulnerabilidade individual e social relacionados ao tempo para estabelecimento do diagnóstico no município de Campina Grande, Paraíba.

METODOLOGIA

O estudo insere-se no projeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Adesão ao tratamento da tuberculose: implementação de marcadores para o monitoramento de pacientes”, aprovado e financiado pelo edital Universal MCT/CNPq de nº 14/2013. O objetivo desse projeto é implementar um instrumento que possibilite detectar elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento da tuberculose no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em duas regiões do Brasil (Nordeste e Sudeste).

Consiste em recorte transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Campina Grande, representando o Estado da Paraíba. Campina Grande é o segundo município mais populoso do estado, com 94 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 88 Unidades Básicas de Saúde, correspondendo a uma cobertura de aproximadamente 85%, o que favorece a descentralização das ações para o âmbito da APS²⁴. No entanto, o acompanhamento dos casos de TB acontece, em grande parte, no Ambulatório de Referência de Tuberculose do município (SMS Referência em TB de Campina Grande), o qual, por ser um serviço de Atenção Secundária, deveria acompanhar aqueles casos de difícil controle e que apresentam potenciais de complicações da doença.

O estudo considerou a população dos doentes com TB (em tratamento), residentes no município de Campina Grande – PB, que foram diagnosticados entre setembro de 2014 a fevereiro de 2015, totalizando 53 doentes. Tais pessoas possuíam idade igual ou superior a 18 anos e estavam realizando tratamento antituberculose por no mínimo 30 dias, durante o período da coleta de dados. A amostra foi do tipo censitária e todos esses doentes foram elegíveis para participação no estudo.

No entanto, oito doentes eram menores de 18 anos, dois presidiários, um não tinha capacidade de compreensão preservada, um não residia no município de Campina Grande, um estava hospitalizado no momento da coleta de dados (não atendendo aos critérios de exclusão) e um se recusou a participar, o que totalizou 39 participantes.

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2015, por meio de entrevista estruturada, no Serviço Ambulatorial de Referência em Tuberculose, durante a espera pela consulta médica ou no comparecimento para a ingestão observada dos medicamentos. Quando não foi possível no serviço, foi agendada visita no domicílio do doente para realização da mesma. O instrumento utilizado foi validado para ser adotado no âmbito da APS, que sinaliza a adesão ao tratamento da TB por meio de marcadores, os quais são considerados “sentinelas

de alarme”, apresentando potencial para disparar o planejamento e a implementação precoces de intervenções apropriadas aos indivíduos, a serem executadas pelas equipes dos serviços de APS^{23,25}.

O instrumento de coleta de dados contém questões objetivas e subjetivas, cuja aplicação possibilita a identificação precoce de vulnerabilidade à não adesão ao tratamento da TB, monitorando a adesão a partir de uma abordagem abrangente, detectando antecipadamente os doentes que apresentam limitações na adesão ao tratamento²³. Com isso, o entrevistado respondeu cada item segundo uma escala Likert de 1 a 3. O valor 1 foi atribuído à “menor potencialidade à adesão ao tratamento da tuberculose”; o valor 2 à “média potencialidade à adesão ao tratamento da tuberculose” e 3 para “maior potencialidade à adesão ao tratamento da tuberculose”.

Para o alcance do objetivo proposto, foram selecionados sete marcadores de vulnerabilidade individual e social à adesão relacionados às dimensões “processo saúde-doença” e “tratamento”, considerando que a adesão está intimamente ligada ao processo saúde-doença dos doentes com TB e às situações vivenciadas em seu tratamento²³.

Criou-se então um banco de dados com as variáveis relativas às respostas dos 39 participantes do estudo. Os marcadores selecionados e suas respectivas dimensões e categorias de resposta são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 – Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose e respectivas categorias de resposta, conforme questionário utilizado. Campina Grande, Brasil, 2015.

Dimensão/Marcador	Categoria de resposta
Dimensão 3 – Processo Saúde-Doença	
Trajatória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico – Tempo para receber o diagnóstico	(1) Levou mais do que 30 dias até o diagnóstico (2) Levou de 16-30 dias até o diagnóstico (3) Levou um período igual ou inferior a 15 dias até o diagnóstico
Reação do paciente diante do diagnóstico	(1) Reação aparentemente negativa (2) Reação aparentemente indiferente (3) Reação aparentemente positiva
Impacto da tuberculose sobre a vida	(1) A doença causou impacto negativo em sua vida (2) A doença algumas vezes causa impacto negativo em sua vida

	(3) A doença não causou impacto negativo em sua vida
Impacto da tuberculose sobre o trabalho	(1) A doença causou impacto negativo em suas atividades laborais ou não tem trabalho (2) A doença algumas vezes causa impacto negativo em suas atividades laborais (3) A doença não causou impacto negativo em suas atividades laborais
Dimensão 4 – Tratamento	
Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família	(1) Paciente manifesta que familiares não o (a) apoiam no tratamento/ou paciente não tem familiar/mora na rua (2) Paciente manifesta que familiares algumas vezes o (a) apoiam no tratamento (3) Paciente manifesta que familiares sempre o (a) apoiam no tratamento
Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho	(1) Paciente manifesta que não há apoio no trabalho para o tratamento e/ou não mencionou que está doente aos colegas de trabalho/chefia (2) Paciente manifesta que alguns colegas/chefia o (a) apoiam no tratamento (3) Paciente manifesta que colegas/chefia sempre o (a) apoiam no tratamento
Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	(1) Apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento (2) Já pensou em desistir do tratamento (3) Não apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento

Fonte: MCT/CNPq, Edital Universal nº 14/2013; Bertolozzi MR 2013.

Neste estudo, utilizou-se como elementos de análise aspectos de vulnerabilidade individual e social: reação diante do diagnóstico, impacto da tuberculose sobre a vida, e impacto da tuberculose sobre o trabalho (esses relacionados ao processo saúde-doença); dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho; dificuldades no tratamento em relação ao convívio familiar; e desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento (dizem respeito ao tratamento); e relacionados ao tempo para estabelecimento do diagnóstico de TB (considerado como atraso um período superior a 30 dias para a definição diagnóstica).

Os dados foram tabulados utilizando-se uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2003*, e transportados para o software *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 21.0 (Inc, Chicago, EUA), e para prosseguir com as análises utilizou-se o programa R versão 3.1.2²⁶.

A análise fatorial de correspondência múltipla (ACM) foi utilizada para investigar a relação entre o tempo para receber o diagnóstico e as variáveis: “reação diante do diagnóstico”, “impacto da tuberculose sobre a vida”, “impacto da tuberculose sobre o trabalho”, “dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho”, “dificuldades no

tratamento em relação ao convívio familiar” e “desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento”.

A ACM tem a finalidade de evidenciar associação ou similaridades entre variáveis qualitativas, buscando obter planos que representam a configuração das variáveis no espaço. Para tal, foram calculadas dimensões derivadas, cada uma maximizando uma parcela da variabilidade dos dados^{27,28}.

Foram adotadas as diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), representado pelo seguinte protocolo CAAE nº 34560114.7.2001.5187.

RESULTADOS

Dos 39 participantes entrevistados, 21 (53,8%) tiveram atraso no diagnóstico da TB. Em se tratando de questões relativas ao trabalho, 28 (71,8%) dos participantes relataram apresentar impacto negativo sobre o trabalho e nove (52,9%) dos participantes, que trabalhavam, afirmaram ter dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho. Ainda, vinte (51,3%) doentes com TB, apresentaram reação negativa diante do diagnóstico de TB.

Tabela 2 – Distribuição dos marcadores de vulnerabilidade individual e social à adesão ao tratamento em relação aos escores. Campina Grande, Brasil, 2015.

Dimensões/Marcador	N	Escore					
		1		2		3	
		N	%	N	%	N	%
Dimensão 3 – Processo saúde-doença							
Trajectoria percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico – Tempo para receber o diagnóstico	39	21	53,8	6	15,4	12	30,8
Reação do paciente diante do diagnóstico	39	20	51,3	17	43,6	2	5,1
Impacto da tuberculose sobre a vida	39	13	33,3	9	23,1	17	43,6
Impacto da tuberculose sobre o trabalho	39	28	71,8	5	12,8	6	15,4
Dimensão 4 – Tratamento							
Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família	39	6	15,4	2	5,1	31	79,5
Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho	17 ¹	9	52,9	2	11,8	6	35,3
Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	39	4	10,3	8	20,5	27	69,2

¹ Esse marcador só foi respondido pelas pessoas que exerciam alguma atividade laboral no momento da coleta de dados, o equivalente a dezessete participantes, por isso não foram considerados os 39 participantes do estudo.

A aplicação da ACM privilegiou as dimensões 1 e 2, com valores próprios de 2,258 e 1,864. A tabela 3 indica a dimensão a que cada variável pertence. As variáveis que compõem a dimensão 1 explicam 32,3% da variabilidade dos dados, sendo a dimensão 1 a mais importante para explicar o comportamento dos dados. A dimensão 2 foi composta por variáveis que explicam 26,6% da variabilidade dos dados. As duas dimensões juntas explicam 58,9% do total da inércia, sugerindo que o plano bidimensional é o mais adequado para a representação do mapa de análise.

Por meio das medidas de discriminação (tabela 3), foram determinadas as variáveis que mais contribuíram para cada dimensão. Constatou-se que as variáveis “dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho”, “impacto da TB sobre o trabalho” e “reação do paciente diante do diagnóstico” contribuíram de forma semelhante, tanto na dimensão 1 como na dimensão 2; portanto, estas compõem ambas dimensões. Na dimensão 1, com valores discriminantes oscilando entre 0,302 a 0,730 e na 2, com valores entre 0,347 a 0,500.

Em contrapartida, as variáveis “dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho” e “impacto da TB sobre o trabalho” contribuíram mais com a dimensão 1 do que com a dimensão 2. Já a variável “reação do paciente diante do diagnóstico” contribuiu mais com a dimensão 2 quando comparada à sua contribuição com a 1. As medidas de discriminação da dimensão 2 são inferiores em relação às da dimensão 1, com exceção de “reação do paciente diante do diagnóstico” e “impacto da TB sobre a vida”, quando os valores são maiores na 2 (tabela 3).

Tabela 3 – Medidas de discriminação segundo dimensões 1 e 2, referentes aos marcadores selecionados, 2015.

	Dimensões	
	1	2
Tempo para receber o diagnóstico	0,247	0,240
Reação do paciente diante do diagnóstico	0,302	0,347
Impacto da TB/Vida	0,122	0,189
Impacto da TB/Trabalho	0,564	0,477
Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho	0,730	0,500
Dificuldades no tratamento em relação ao apoio da família	0,136	0,083

Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	0,158	0,028
---	-------	-------

As variáveis selecionadas foram localizadas por meio de coordenadas no plano fatorial. A figura 1 indica a dimensão à qual cada variável pertence. Da construção do mapa, observa-se no lado positivo da dimensão 1 que o grupo composto pelos participantes que obtiveram o diagnóstico em período igual ou inferior a 15 dias referiram sempre receber apoio ao tratamento no trabalho, que a doença não causou impacto negativo em suas atividades laborais e que nunca apresentaram desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento. A associação destas características pode ser considerada como condições que favorecem a adesão ao tratamento da TB.

Em oposição, no lado negativo da dimensão 1, estão os participantes que obtiveram diagnóstico em período superior a 30 dias (o que caracteriza atraso no diagnóstico da TB), que referiram a falta de apoio ao tratamento no trabalho ou situação de desemprego, que a doença causou impacto negativo em suas atividades laborais, que apresentaram reação negativa diante do diagnóstico, como também, os que obtiveram impacto negativo sobre a vida e que faltou apoio da família ao tratamento. A associação de tais características, por sua vez, podem representar condições pouco favoráveis à adesão ao tratamento da TB.

No lado positivo da dimensão 2, encontram-se ainda condições que podem ser consideradas desfavoráveis à adesão à terapêutica, como atraso no diagnóstico com mais de 30 dias para o estabelecimento deste, reação negativa diante do diagnóstico de tuberculose, impacto negativo da TB sobre a vida e também sobre o trabalho, as quais se apresentam no quadrante II.

No entanto, no lado negativo da dimensão 2, encontram-se condições que podem representar potencialidade à adesão ao tratamento da TB: “diagnóstico em período igual ou inferior a 15 dias”, “apoio ao tratamento no trabalho”, não houve “impacto negativo em atividades laborais” e nem “desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento”.

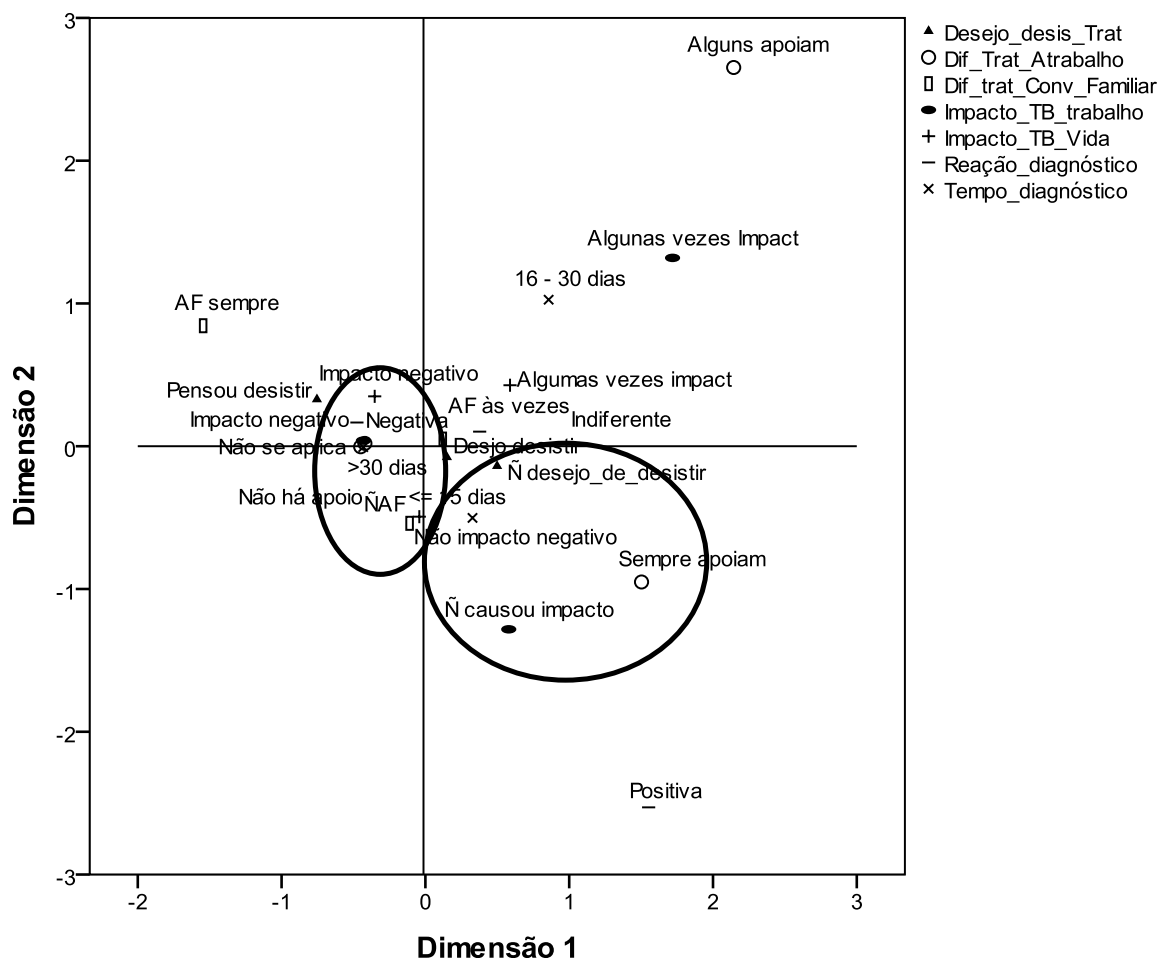


Figura 1: Gráfico de correspondência da distribuição das respostas das questões dos marcadores por dimensões 1 e 2. Campina Grande, Paraíba, 2015.

O tempo para o diagnóstico de TB foi associado às duas dimensões “Dimensão 1” e “Dimensão 2” no plano fatorial, estando intrinsecamente relacionados à adesão ao tratamento da TB. A localização da variável tempo para o diagnóstico de TB, em relação às duas dimensões, permitiu observar que melhores condições de adesão ao tratamento da TB estiveram associadas às duas dimensões no lado positivo da “Dimensão 1” e no lado negativo da “Dimensão 2” ocupando o quadrante Q4 do plano fatorial, quando o diagnóstico foi realizado em tempo hábil.

Estar na posição de maior vulnerabilidade à adesão ao tratamento não significa dizer que tais pacientes com TB do município de Campina Grande possuem condições ótimas para aderirem ao tratamento, mas que, basicamente, quanto melhores forem as condições de vida e maior o apoio dos familiares e colegas de trabalho, provavelmente, melhor repercussão haverá quanto ao tempo para o diagnóstico ser estabelecido, bem como quanto ao não desejo de desistência do tratamento, representando maior chance de adesão à terapêutica.

DISCUSSÃO

Realizar o diagnóstico e tratamento dos casos de TB pulmonar correta e prontamente são as principais medidas para efetivação do controle da doença, devendo-se buscar ativa e precocemente o doente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão. Neste sentido, é fundamental a descoberta precoce dos casos, sem atraso, principalmente, dos bacilíferos. A quimioterapia eficaz, ao mesmo tempo em que salva a vida dos doentes, reduz o número de organismos infectantes eliminados por estes pela fala, tosse e/ou espirro, prevenindo assim a transmissão para indivíduos suscetíveis².

No entanto, o diagnóstico oportuno dos casos suspeitos de TB é um dos muitos desafios a ser superado, sendo a doença considerada como uma condição crônica em função de sua persistência no tempo, evidenciando a necessidade dos diversos serviços que atuam como porta de entrada ao sistema de saúde de serem habilitados para o reconhecimento de problemas de saúde, inclusive da TB²⁹⁻³².

Sem dúvida, os pacientes que tem maiores informações sobre a TB reconhecem os sintomas da doença e procuram os serviços de saúde mais cedo³³⁻³⁵. A falta de conhecimento pode causar um atraso significativo na busca por um serviço de saúde, pois a educação sobre TB auxilia os indivíduos a buscarem mais precocemente os serviços de saúde, contribuindo para um diagnóstico precoce^{19,36}.

O instrumento utilizado para coleta de dados contém marcadores que incluem elementos de vulnerabilidade considerados no conceito de adesão proposto por Bertolozzi³⁷, tais como aspectos relacionados à vida e ao trabalho do doente com TB (os selecionados dizem respeito às vulnerabilidades individual e social) que podem interferir na adesão ao tratamento, conforme apresentados nos resultados.

O abandono do tratamento e o tratamento incompleto anti-TB favorecem a resistência medicamentosa e causam impacto negativo no controle da doença⁷. Contudo, associados ao abandono estão inúmeros aspectos, como: os sociodemográficos (sexo masculino, faixa etária entre 30 e 39 anos, baixa escolaridade), estar sem ocupação, não apresentar interesse em se tratar, não ter informação sobre a doença, uso de drogas, ocorrência de efeitos colaterais, associação da TB com outros agravos, tratamento prévio de TB e aspectos relacionados ao cuidado em saúde no que diz respeito à relação dos profissionais de saúde com o doente^{36,38}.

Ainda quanto ao desejo de desistência do tratamento, são destacados alguns motivos: “considerar o tratamento difícil”, “acreditar não ter a doença e poder se curar sem o

medicamento”, “não se sentir bem”, “não ter renda, nem trabalho”, e “necessitar de ajuda financeira”²³. Portanto, tais implicações na vida e no trabalho do doente poderão proporcionar o atraso do diagnóstico, o que pode ocasionar o desejo de desistência do tratamento e mais facilmente traduzir-se num menor potencial de adesão.

Com isso, a TB também pode causar algum impacto direto sobre o trabalho, quando levadas em consideração algumas dificuldades na execução de atividades laborais, dependendo do tipo de trabalho executado, como subir escadas ou manipular câmara de frio ou forno, além de redução significativa da renda ou atraso de pagamento, quando da necessidade de afastamento de tais atividades devido à impossibilidade de executá-lo. Constatam-se ainda significativas mudanças em relação às atividades laborais, quando nos primeiros trinta dias de tratamento doentes que tinham trabalho passaram para situação de desemprego ao chegarem entre os noventa a 140 dias de tratamento anti-TB²³, o que pode contribuir com as situações vivenciadas pelos doentes nesse estudo quando os mesmos não receberam apoio no trabalho como forma de incentivo à continuidade da terapêutica.

É, portanto, notável a influência das condições socioeconômicas, tanto no adoecimento, como no abandono do tratamento da TB, estando ambos, o emprego como o desemprego como motivos de abandono; o primeiro por medo de perdê-lo, e o segundo pela necessidade de priorização da subsistência. Assim, alguns doentes adiam a procura por atendimento médico³⁶.

Contudo, conforme vão se passando os dias do tratamento, realizado da forma correta, melhor se torna a condição do doente, pois tanto a população de bacilos vai sendo eliminada, como a sintomatologia vai progressivamente diminuindo, o que, com o final do tratamento, garante a cura e a impossibilidade de transmissão da doença^{2,40}.

Outra importante informação é que a probabilidade de adesão ao tratamento da TB é maior quando se tem trabalho fixo (carteira registrada) ou até mesmo uma situação instável, como bico²³, podendo-se inferir que a probabilidade de adesão ao tratamento é maior para os sujeitos que trabalham ou exercem alguma atividade laboral. No entanto, para que ele se mantenha no trabalho, é necessário que se sinta acolhido e apoiado durante o tratamento e não seja vitimado pelo preconceito e discriminação. Contudo, quanto mais precoce for realizado o diagnóstico, maiores as chances dessa situação positiva acontecer.

No que diz respeito às dificuldades no tratamento da TB devido à falta de apoio familiar, o incentivo e o bom relacionamento com a família fazem com que o doente se sinta acolhido e o encorajam para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento, o que acaba por fortalecer a adesão^{23,40-42}. Corroborando com isso, nesse estudo, os doentes que não

tiveram apoio dos familiares para o tratamento tiveram seu diagnóstico realizado tardiamente, e portanto, apresentaram menor potencialidade de adesão.

Mediante diretrizes do PNCT, a APS deve estimular a participação da comunidade e o envolvimento familiar no controle da TB². No entanto, aponta-se o cuidado familiar limitado à observação da tomada dos medicamentos, sem valorização das relações pessoais e interpessoais como estímulo à adesão à terapêutica⁴³⁻⁴⁴, quando são realmente necessários apoio afetivo, emocional e até mesmo financeiro durante o tratamento⁴⁵⁻⁴⁶, principalmente se este não possuir nenhuma fonte de renda.

Portanto, é possível inferir que a desunião familiar dificulta o processo de adesão ao tratamento da TB e que pessoas que recebem maior apoio e incentivo por parte dos familiares aderem mais facilmente ao tratamento.

Quanto à reação do sujeito diante do diagnóstico, é considerada como negativa quando mencionados sentimentos de preocupação, revolta, devido à recidiva da doença; por medo de transmiti-la a outras pessoas, de preconceito e morte; por sentimento de pesar devido aos familiares que foram a óbito em decorrência da TB; por dúvida quanto à cura e por não acreditar estarem doentes²³.

O modo como o doente com TB se percebe enquanto doente é, também, característica importante, pois diante da percepção deste sobre seu estado de saúde, verifica-se que a chance de abandono do tratamento é dez vezes maior entre aqueles que consideram seu estado de saúde como ruim³⁶.

No entanto, os abandonos ocorrem predominantemente na primeira metade do tratamento, pois a percepção do paciente à sensação de bem-estar ou melhora clínica após a fase inicial do tratamento é apontada como um importante motivo para o abandono. Entretanto, ele pode continuar sendo bacilífero, mas não se sente estimulado para concluir seu tratamento^{8,47-49}.

Sabe-se que são determinantes na adesão ao seguimento das pessoas em tratamento da TB, aspectos de vulnerabilidade que tratam da importância do apoio recebido durante o tratamento, como a compreensão e apoio da família, amigos, no local de trabalho e no Serviço de Saúde, pois quando acolhidos se sentem incentivados e motivados a seguir o esquema terapêutico⁵⁰. Tal apoio contribui para o enfrentamento da doença, sendo considerado fundamental para o sucesso do tratamento ao possibilitar à pessoa compartilhar suas dificuldades advindas da doença⁵¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os doentes com tuberculose que receberam o diagnóstico em tempo oportuno, em sua maioria, apresentaram reação positiva diante do diagnóstico, não apresentaram impacto negativo sobre a vida e sobre o trabalho, nem dificuldades no tratamento em relação à falta de apoio da família e do trabalho, bem como, não apresentaram desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento, o que representa fatores mais favoráveis à adesão à terapêutica.

Os aspectos de vulnerabilidade individual e social aqui tratados, uma vez presentes, influenciam positivamente os pacientes a aderirem à terapêutica antituberculose. No entanto, não foram considerados aspectos programáticos de vulnerabilidade, o que pode se constituir como uma limitação desse estudo.

Contudo, a adesão ao tratamento da tuberculose requer uma abordagem ampla, com questões que ultrapassam o comportamento da pessoa doente. É necessário, portanto, que a família e a comunidade se integrem ao processo de favorecimento à adesão ao tratamento da tuberculose, no intuito de minimizar os efeitos que a falta de apoio a esses doentes (que por ventura possa existir, no trabalho por exemplo) pode acarretar na sua vida e tratamento.

Com esta pesquisa buscamos subsidiar planejamento de intervenções que busquem melhorar a adesão ao tratamento da tuberculose. As estratégias para controle da doença necessitam considerar as situações apontadas, as quais podem favorecer o abandono, e que estão intimamente relacionadas aos hábitos do paciente e à maneira como o mesmo se apodera das informações sobre sua doença e é motivado a completar seu tratamento.

Portanto, sugerimos que os profissionais envolvidos no tratamento dos doentes e controle da doença intensifiquem aspectos que favoreçam a efetiva implementação da intersetorialidade em seus serviços de saúde, considerando questões individuais e sociais relevantes nesse processo de adesão ao tratamento, relativos ao doente, familiares e colegas de trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Mundial da Saúde. **Global Tuberculosis Report 2013**. Geneva: World Health Organization; 2013. 306 p. [acesso em 2014 dez 24]. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf.
- 2 Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 288 p.
- 3 Ayres JRJM. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol Epidemiol AIDS**. 1997; 15(3):2-4.
- 4 Ayres JRJM, Paiva V, França I Jr, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, Marques HH, Galano E, Lecussan P, Segurado AC, Silva MH. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am J Public Health**. 2006; 96(6):1001-1006.
- 5 Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Ferreira do Val L, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**. 2009; 43(Esp2):1326-1330.
- 6 Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Bol Pneumol Sanit**. 1999; 7(1):65-78.
- 7 Oliveira HB, Moreira Filho DC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios. **Rev Saúde Pública**. 2000; 34(5):437-443.
- 8 Mendes AM, Fensterseifer LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Bol Pneumol Sanit**. 2004; 12(1):27-31.
- 9 Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT-Brasil. **J Bras Pneumol**. 2005; 31(5):427-432.
- 10 Almeida AS, Honer MR. Abandono do tratamento da tuberculose em duas unidades de referência de Campo Grande, MS – 2002 e 2003. **Bol Pneumol Sanit**. 2006; 14(3):167-171.
- 11 Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersectorality and Bonding in Tuberculosis Control in Family Health. **Rev Latinoam Enferm**. 2011; 19(2):387-395.
- 12 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. 2014; 44(2):1-13.
- 13 Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev Latinoam Enfermagem**. 2002; 10(3):415-422.

- 14 Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**. 2003; 37(5):635-642.
- 15 Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário de Butantã-SP [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
- 16 Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino H, Ferreira do Val L, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**. 2009; 43(Esp):1326-1330.
- 17 Jorge de Souza KM, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto contexto - enferm**. 2012; 21(1):17-25.
- 18 Turco CS. Desigualdades Sociais, Pobreza e Cuidado à Saúde: acesso e adesão ao tratamento de tuberculose em uma unidade de saúde no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2008.
- 19 Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS. O atraso no diagnóstico da tuberculose. **Journal of Research Fundamental Care On Line**. 2013; 5(3):174-180.
- 20 Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011; 45(4):898-904.
- 21 Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Revista Panamericana Salud Publica**. 2012; 31(6):461-468.
- 22 Souza KMJ, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto e Contexto Enfermagem**. 2012; 21(1):17-25.
- 23 Cavalcante EGR. Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose: uma proposta para a atenção primária à saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
- 24 Secretaria de Saúde de Campina Grande, Serviço Municipal de Saúde, Ambulatório de Tuberculose. 2014.
- 25 Bowkalowski C, Bertolozzi MR. Vulnerabilidade em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. **Cogitare enferm**. 2010; 15(1):92-99.
- 26 R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN: 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.

27 Clausen SE. Applied correspondence analysis: an introduction. Quantitative Applications in the Social Sciences. Thousand Oaks, CA: Sage University Papers Series; 1998.

28 Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.

29 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

30 Díez M, Bleda MJ, Alcaide J, Caloto T, Castells C, Cardenal JI. et al. Determinants of patient delay among tuberculosis cases in Spain. **Eur J Public Health**. 2004; 14(2):151-155.

31 Leung ECC, Leung CC, Tam CM. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis in Hong Kong. **Hong Kong Med J**. 2007; 13(3):221-227.

32 Santos MAPS, Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Lucana-Silva NLCL, Braga C, Campelo ARL, et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**. 2005; 5(25):1-8.

33 Sans B, Blasco T. Variables associated with diagnostic delay in immigrant groups with tuberculosis in Madrid. **Int J Tuberc Lung Dis**. 2007; 11(6):639-646.

34 Meintjes G; Schoeman H; Morroni M; Wilson D; Maartens G. Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: A cross-sectional study. **BMC Infectious Diseases** 2008; 8:72.

35 Chimbanrai B, Fungladda W, Kaewkungwal J, Silachamroon U. Treatment-seeking behaviors and improvement in adherence to treatment regimen of tuberculosis patients using intensive triad-model program, Thailand. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**. 2008; 39(3):526-541.

36 Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública**. 2007; 41(2):205-213.

37 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: Universidade de São Paulo; 2005.

38 Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**. 2011; 20(3): 599-406.

39 Campos HS. Tratamento da tuberculose. **Pulmão RJ**. 2007; 16(1):21-31.

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

- 41 Queiroz EM; Bertolozzi MR. Tuberculose: tratamento supervisionado nas coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**. 2010; 44(2):453-461.
- 42 Figueiredo TMRM, Pinto ML, Cardoso MAA, Silva VA. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. **Rev Rene**. 2011; 12(Esp.):1028-1035.
- 43 Oliveira SAC, Ruffino Netto A; Villa TCS; Vendramini, SHF; Andrade, RLP; Scatena, LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev. Latino Am Enferm**. 2009; 17(3):361-367.
- 44 Nogueira JA; Trigueiro DRSG; Sá LD, Silva CA; Oliveira LCS; Villa TCS et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Rev Bras Epidemiol**. 2011; 14(2):207-216.
- 45 Terra MF; Bertolozzi MR. Does directly observed treatment (“DOTS”) contribute to tuberculosis treatment compliance? **Rev Latino Am Enferm**. 2008; 16(4):659-664.
- 46 Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. **Rev. Latino Am Enferm**. 2012; 20(1):44-51.
- 47 Gonçalves H, Costa JS, Menezes AM, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad Saúde Pública**. 1999; 15(4):777-787.
- 48 Perini E. O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1998.
- 49 Dalcolmo MMP. Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução do abandono no tratamento da tuberculose no Brasil [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
- 50 Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45(Esp. 2):1656-1660.
- 51 Souza SS, Silva DMGV. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto Enferm**. 2010; 19(4):636-643.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso do tratamento da tuberculose está amplamente condicionado a fatores individuais, sociais e programáticos, quando são necessários recursos de ambas as esferas para o correto andamento desse processo. Logo, a intersetorialidade das ações deve ser considerada desde a programação das mesmas, não posteriormente à instalação do problema.

Contemplar a complexidade de cada caso, considerando o ambiente familiar, profissional e social, ou seja, as vulnerabilidades individual e social, é uma atividade complexa, no entanto, as pesquisas e estudos científicos na área, atualmente, visam encontrar facilidades e instrumentos fidedignos para auxiliar os profissionais da saúde diretamente nessa atividade.

Nesse contexto, a utilização de marcadores de adesão na assistência a pacientes em tratamento de tuberculose, mostra-se uma ferramenta eficaz, quando podem ser disparadas ações de controle voltadas para os marcadores que apresentaram menores escores, os quais sinalizam baixo potencial de adesão, e manutenção das ações sobre os marcadores que mantem os escores mais altos, quando esses representam maior potencialidade à adesão.

Neste estudo, no que se trata de potencialidade à adesão ao tratamento da tuberculose, os aspectos de vulnerabilidade individual e social que contribuíram negativamente para a adesão ao tratamento, foram trabalho, no que diz respeito à condição empregatícia, impacto da tuberculose sobre o trabalho e concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença.

Em relação à análise da adesão ao tratamento da tuberculose constatou-se que quanto mais elementos de vulnerabilidade individual e social à adesão presentes e relacionados ao diagnóstico em tempo oportuno, maior o potencial de adesão à terapêutica, pois os doentes com tuberculose que receberam o diagnóstico sem atraso, em sua maioria, apresentou reação positiva diante deste, não apresentando impacto negativo sobre a vida e sobre o trabalho, nem dificuldades no tratamento em relação à falta de apoio da família e do trabalho, bem como, não apresentaram desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento, o que representam fatores mais favoráveis à adesão.

Por tanto, sugere-se a implementação do instrumento utilizado neste estudo em todos os serviços de Atenção Primária à Saúde que acompanhem pacientes em tratamento de tuberculose, no entanto, algumas adequações ao instrumento mostram-se necessárias, tendo

em vista que, algumas situações podem ser diferentes a partir do contexto demográfico, cultural e social em que é aplicado, com isso, é oportuna a adequação e revisão de concordância entre os termos utilizados no instrumento, no intuito de facilitar a compreensão e não restarem dúvidas quanto ao entendimento das questões, bem como, adequação de alguns marcadores, os quais apresentam respostas/opções confusas, e ainda, reorganização na distribuição das dimensões do instrumento, pois estas algumas vezes são repetitivas.

Aponta-se como limitação desse estudo, o fato de não ter sido abordada a vulnerabilidade programática, levando-se em consideração que esta também faz parte do amplo conceito de vulnerabilidade na saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Mundial da Saúde. **Global Tuberculosis Report 2013**. Geneva: World Health Organization; 2013. 306 p. [acesso em 2014 dez 24]. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf.
- 2 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. 2014; 44(2):1-13.
- 3 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net) [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 03 abr 2014]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>
- 4 Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (Brasil). **Ponto da situação epidemiológica e de desempenho**. Brasília: Stop TB, Ministério da Saúde; 2012. 16 p.
- 5 Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 288 p.
- 6 Ayres JRJM. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol Epidemiol AIDS**. 1997; 15(3):2-4.
- 7 Ayres JRJM, Paiva V, França Júnior I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am J Public Health**. 2006; 96(6):1001-1006.
- 8 Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Ferreira do Val L, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**. 2009; 43(Esp2):1326-1330.
- 9 Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Bol Pneumol Sanit**. 1999; 7(1):65-78.

- 10 Oliveira HB, Moreira Filho DC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios. **Rev Saúde Pública**. 2000; 34(5):437-443.
- 11 Mendes AM, Fensterseifer LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Bol Pneumol Sanit**. 2004; 12(1):27-31.
- 12 Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT-Brasil. **J Bras Pneumol**. 2005; 31(5):427-432.
- 13 Almeida SAD, Honer MR. Abandono do tratamento da tuberculose em duas unidades de referência de Campo Grande, MS – 2002 e 2003. **Bol Pneumol Sanit**. 2006; 14(3):167-171.
- 14 Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JÁ, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersectorality and Bonding in Tuberculosis Control in Family Health. **Rev Latino-Am Enferm**. 2011; 19(2):[09 telas].
- 15 Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2002; 10(3):415-422.
- 16 Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**. 2003; 37(5):635-642.
- 17 Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário de Butantã-SP [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
- 18 Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Ferreira do Val L, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**. 2009; 43(Esp2):1326-1330.
- 19 Ayres JRCM, Paiva V, França Júnior I. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde - livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.

20 Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc saúde coletiva**. 2007; 12(2):319-324.

21 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 444, de 06 de julho de 2011**, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006 [internet] Brasília; 2011. [acesso em 2014 nov 20]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0444_06_07_2011.html

22 Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

23 Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Saúde no Brasil 3*. **Lancet**. 2011; série 3:47-60.

24 Jorge de Souza KM, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto contexto - enferm**. 2012; 21(1):17-25.

25 Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS. O atraso no diagnóstico da tuberculose. **Journal of Research Fundamental Care On Line**. 2013; 5(3):174-180.

26 Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011; 45(4):898-904.

27 Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Revista Panamericana Salud Publica**. 2012; 31(6):461-468.

28 Souza KMJ, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto e Contexto Enfermagem**. 2012; 21(1):17-25.

29 Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Aids in the world. Cambridge: Harvard University Press; 1992.

30 Bowkalowski C, Bertolozzi MR. Vulnerabilidade em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. **Cogitare enferm**. 2010; 15(1):92-99.

31 Ayres JRJM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.

32 Antunes JL, Waldman EA. The impact of Aids, immigration and housing overcrowding tuberculosis deaths in São Paulo, Brazil, 1994-1998. **Soc Sci Med**. 2001; 52(7):1071-1080.

33 Elender F, Bentham G, Langford I. Tuberculosis mortality in England and Wales during 1982-1992: its association with poverty, ethnicity and Aids. **Soc Sci Med**. 1998; 46(6):673-681.

34 Macallan DC. Malnutrition in tuberculosis. **Diagn Microbiol Infect Dis**. 34(2):153-157.

35 Khan A, Walley J, Newell J, Imdad N. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. **Soc Sci Med**. 2000; 50(2):247-254.

36 Ayres JRJM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc**. 2009; 18(supl 2):11-23.

37 Paiva A. **Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos**. In: Paiva V, Ayres JRJM, Buchalla CM. Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde - livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012, p. 166-207.

- 38 Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRJM. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciênc saúde coletiva**. 2013; 18(3):863-872.
- 39 Pedroso MLR, Motta MGC. Criança e família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. **Texto & contexto enferm**. 22(2):493-499.
- 40 Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS [tese livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- 41 Brito DMS, Galvão MTG, Pereira MLD. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV. **Rev Latinoam Enferm**. 2011; 19(3):[08 telas].
- 42 Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev Latino-Am Enferm**. 2008; 16(5):923-928.
- 43 Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciênc saúde coletiva**. 2011; 16(2):669-675.
- 44 Ayres JRJM. Debate sobre o artigo de Fry et al. **Cad. saúde pública**. 2007; 23(3):497-523.
- 45 Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface Comunic., Saúde, Educ**. 2004-2005; 9(16):91-104.
- 46 Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição, Centro Federal de Ensino e Pesquisa em Saúde, Serviço de Saúde Comunitária. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. Organizadores: Ferreira SRS, Glasenapp R, Flores R; ilustrações de Lenz ML. 1. ed. ampl. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. 184 p.

47 Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**. 1999; 15(4):777-787.

48 Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2003; 8(3):775-782.

49 Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **J Clin Pharm Ther**. 2001; 26(5):331-342.

50 Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: adherence to medication. **N Engl J Med**. 2005; 353(5):487-497.

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

52 Bertolozzi MR. Adesão ao programa de controle da tuberculose na perspectiva do Tratamento diretamente observado (“DOTS”) no município de São Paulo [tese livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

53 Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. **Health Educ Q**. 1988; 15(2):175-183.

54 Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. **Int Eletr J Educ**. 2000; 3(Esp):180-193.

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

56 Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach, **Qual Saf Health Care**. 2005; 14(1):26-33.

57 Jardim PCBV, Jardim TDV. Modelos de estudo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**. 2006; 13(1):26-29.

58 Cavalcante EGR. Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose: uma proposta para a atenção primária à saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

59 Volmink J, Matchaba P, Gamer P. Directly observed therapy and treatment adherence. **Lancet**. 2000; 355(9212):1345-1350.

60 Organização Mundial da Saúde. Tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 2009. Geneva: World Health Organization; 2009.

61 Gonzales RIC, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**. 2008; 42(4):628-634.

62 Murray CL, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. **Bull Int Union Tuberc Lung Dis**. 1990; 65(1):6-24.

63 Farmer P, Robin S, Ramillus SL, Kim JY. Tuberculosis, poverty, and compliance: lessons from rural Haiti. **Semin Respir Infect**. 1991; 6(4):254-260.

64 Barnhoorn F, Andriaanse H. Search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Wardha District, India. **Soc Sci Med**. 1992; 34(3):291-306.

65 Menegoni L. Conception of tuberculosis and therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico. **Med Anthropol Q**. 1996; 10(3):381-401.

66 Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa de Saúde da Família. **Interface Comun Saúde Educ.** 2006; 10(19):131-147.

67 Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cad Saúde Pública.** 2001; 17(4):877-885.

68 Ribeiro AS, Amado VM, Camelier AA, Fernandes MMA, Schenkman S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **J Pneumol.** 2000; 26(6):291-296.

69 Santha T, Garg R, Frieden TR, Chandrasekaran V, Subramani R, Gopi PG, et al. Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South India, 2000. **Int J Tuberc Lung Dis.** 2002; 6(9):780-788.

70 Bergel FS, Gouveia N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Rev Saúde Pública.** 2005; 39(6):898-905.

71 Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Salustiano A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2001; 9(6):368-374.

72 Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública.** 2007; 41(2):205-213.

73 Szklo A, Mello FC, Guerra RL, Dorman SE, Muzy-de-Souza GR, Conde MB, et al. Alternative anti-tuberculosis regimen including ofloxacin for the treatment of patients with hepatic injury. **Int J Tuberc Lung Dis.** 2007; 11(7):775-780.

74 Breen RA, Miller RF, Gorsuch T, Smith CJ, Schwenk A, Holmes W, et al. Adverse events and treatment interruption in tuberculosis patients with and without HIV co-infection.

Thorax. 2006; 61(9):791-794.

75 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: Universidade de São Paulo; 2005.

76 Bertolozzi MR. Adesão ao tratamento da tuberculose: implementação de marcadores para o monitoramento de pacientes (Edital MCT/CNPq No. 14/2013 – Universal, Faixa B). Projeto aprovado. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2013.

77 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage da internet]. Brasília: Ministério do Planejamento; 2013 [acesso em 03 out 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=25&search=paraiba>

78 Secretaria de Saúde da Paraíba. **Plano diretor de regionalização da Paraíba (PDR)**; 2008.

79 R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN: 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.

80 Clausen SE. Applied correspondence analysis: an introduction. Quantitative Applications in the Social Sciences. Thousand Oaks, CA: Sage University Papers Series; 1998.

81 Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.

82 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, revogando as resoluções do CNS nº 196/96, 303/2000 e 404/2008 [internet] Brasília; 2012. [acesso em 2014 nov 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

ANEXOS

ANEXO A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

PROJETO “ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: IMPLEMENTAÇÃO DE MARCADORES PARA O MONITORAMENTO DE PACIENTES”

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Município: _____ Data Entrevista: ___/___/___

Nome do Entrevistador: _____

Nome do Digitador: _____

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: _____

5.2 ESF: 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)

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 ()

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

2. Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose

Marcadores	Perguntas	Escore			Total
		1	2	3	
Condições Sociais					
1. Escolaridade*	Em relação à escola, o Senhor (a): *Qual a última série que cursou com aprovação? _____ *Anos de estudo? Não sabe () sabe ()	Não sabe ler e escrever	Sabe ler, mas não sabe escrever	Sabe ler e escrever	
2. Trabalho (condição empregatícia)	Está trabalhando nesse momento? Sim () Não () Por quê? () Afastamento devido à doença () Desemprego () Nunca trabalhou/estudante () Do lar O que faz (Profissão/ocupação)? _____	Não tem trabalho	Trabalha mas não é fixo. Faz bico em que? _____	Tem trabalho fixo * Registro em carteira: Sim () Não () *regularidade em trabalhar durante a semana	
3. Vida (Situação de moradia/conviver com familiares).	Com quem o Sr.(a) está morando neste momento? Vive sozinho () Familiares () 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 US	Quanto tempo o Sr. (a) gasta para chegar à US? Qual o meio utilizado? à pé (), ônibus (), carro () outro () Qual? _____	Mais do que 1 hora	De 1 hora até 30 minutos	Menos de 30 minutos	

Contextos Vulneráveis					
6.1 Consumo de álcool	Em relação ao uso de bebida alcoólica, o Sr.(a): O senhor (a) Anotar Observações: _____ _____	Consome bebida alcoólica e se embriaga	Consome bebida alcoólica e não se embriaga	Não consome bebida alcoólica	
6.2 Consumo de fumo	Em relação ao fumo, o Sr(a): Anotar Observações: _____ _____	Fuma todo dia	De vez em quando	Não fuma	
7. Uso de drogas	Neste momento, o Sr. (a) tem usado algum tipo de drogas (substância ilícita). Tipo? _____ Não informou () Anotar observações: _____ _____	Sim, todos os dias	Às vezes / parou devido ao tratamento	Não Usa	
Relacionados ao Processo Saúde-Doença					
8. Doença Associada	Além da Tuberculose, o Sr. (a) tem alguma outra doença? Sim () Qual? _____ Não informou () Toma outra medicação? Qual? _____ _____	Tem doença associada à tuberculose e tem que tomar outras medicações, também.	Tem doença associada à tuberculose, mas não tem que tomar medicação	Não tem doença associada à tuberculose.	
9. Concepção sobre a causalidade do processo saúde-doença	O Sr.(a) sabe o que causou a tuberculose? _____ _____ _____	Paciente desconhece a causa da doença, associando-a a elementos difusos: friagem, tomar bebida gelada, etc.	Paciente associa a doença 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? _____ Aonde: _____	Paciente desconhecia a doença	Paciente conhecia a doença, que acometeu amigos/vizinhos/outras fontes ou ninguém.	Paciente conhecia a doença, que acometeu familiar. Quem foi? _____ _____ _____	

11.1 Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico	Quais foram os serviços de saúde que o Sr.(a) percorreu até chegar ao diagnóstico (registrar em ordem histórica da trajetória a partir dos sinais e sintomas). 1) _____ 2) _____ 3) _____ 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 15 dias até o diagnóstico	Levou um período inferior a 15 dias	
12. Reação do paciente diante do diagnóstico	Como o Sr.(a) se sentiu, quando soube que tinha tuberculose? (procurar identificar se o paciente apresenta alguma reação para o enfrentamento da doença.	Reação aparentemente negativa: _____	Reação aparentemente indiferente: _____	Reação aparentemente positiva: _____	
Marcadores Relacionados ao Tratamento					
13. Condição de tratamento*	É a primeira vez que o Sr.(a) está tratando? Sim () Não () Quanto foi o último tratamento (ano) _____	Recidiva () Retratamento () Abandono () Falência ()	Transferência	Caso novo	
Relacionados ao Processo Saúde-Doença					
14. Informou sobre a doença	O Sr.(a) falou que está com tuberculose para alguém (família, amigos/colegas?) Por que? _____ _____	Não informou a ninguém sobre a doença	Informou familiares a respeito da doença	Informou familiares e outros (amigos e colegas de trabalho) a respeito da doença	
15. Impacto da tuberculose sobre a vida	O Sr.(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em sua vida? (Buscar identificar se a doença tem reduzido a capacidade para a realização das atividades no domicílio) Sim () Quais? _____ _____ Não ()	A doença causou impacto negativo em sua vida	A doença algumas vezes causa impacto negativo em sua vida	A doença não causou impacto negativo em sua vida	

16. Impacto da tuberculose sobre o trabalho	O Sr.(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em seu trabalho? (Buscar identificar se a doença tem reduzido a capacidade para a realização das atividades laborais)	A doença causou impacto negativo em suas atividades laborais ou não tem trabalho Quais? _____ _____ _____	A doença algumas vezes causa impacto negativo em suas atividades laborais. Quais? _____ _____ _____	A doença não causou impacto negativo em suas atividades laborais Quais? _____ _____ _____	
Marcadores relacionados ao tratamento					
17. Modalidade de Tratamento	Como é o tratamento da tuberculose: o Sr.(a) vem tomar a medicação aqui na UBS, ou toma em casa?	Auto-administrado	TDO em até 3 vezes por semana	TDO, até 5 vezes por semana	
18. Dificuldades no Tratamento em relação aos medicamentos	Como tem sido o tratamento? O Sr.(a) tem tido alguma dificuldade em relação aos comprimidos? Procurar identificar dificuldades em termos de: -Ingestão dos medicamentos, incluindo número e volume dos medicamentos () -Efeitos colaterais () -Dentre outros ()	Sempre apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos. Quais? _____ _____ _____	Algumas vezes apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos. Quais? _____ _____ _____	Nunca apresenta dificuldades relacionadas à ingestão dos medicamentos	
19. Dificuldades no tratamento em relação à evolução da doença	Como o Sr.(a) tem se sentido em relação à tuberculose? Sente alguma melhora, está igual ao que se encontrava antes do início do tratamento ou piorou? _____ _____	Paciente manifesta que apresenta piora da enfermidade, mesmo após o início do tratamento	Paciente manifesta que nada se alterou, em relação aos sinais e sintomas, mesmo com o tratamento	Paciente apresenta melhora da enfermidade, após o início do tratamento	
20. Dificuldades no tratamento em relação ao convívio em família	O Sr.(a) tem algum apoio da família para o tratamento? (atenção: Insistir na pergunta caso os pacientes não queiram apoio da família. Se os familiares apoiam mesmo assim) *apoio no sentido de ajuda de alguma forma: enfrentamento da doença () financeiro () afetivo () outros: _____ _____	Paciente manifesta que familiares não o (a) apoiam no tratamento/ou paciente não tem familiar/mora na rua	Paciente manifesta que familiares algumas vezes o (a) apoiam no tratamento.	Paciente manifesta que familiares sempre o (a) apoiam no tratamento	

21. Dificuldades no tratamento em relação ao apoio no trabalho	O Sr.(a) tem algum apoio por parte dos colegas de trabalho/chefia para o tratamento? (Desconsiderar esse marcador se o paciente: não trabalha, desempregado, estudante ou dona de casa)	Paciente manifesta que não há apoio no trabalho para o tratamento e/ou não mencionou que está doente aos colegas de trabalho/Chefia	Paciente manifesta que alguns colegas/chefia o (a) apoiam no tratamento	Paciente manifesta que colegas/chefia sempre o (a) apoiam no tratamento	
22. Dificuldades no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde, incluindo os incentivos (cesta básica, lanches, outros)	O Sr.(a) tem algum apoio deste serviço de saúde para o tratamento? O Sr(a) recebe algum incentivo na UBS? -Lanche () -Cesta-básica () -Passe para transporte () -Outro. Qual? _____ _____ _____	Paciente manifesta que não há apoio no serviço de saúde para o tratamento	Paciente manifesta que alguns profissionais de saúde o (a) apoiam no tratamento e algumas vezes conta com incentivos	Paciente manifesta que os profissionais de saúde sempre o(a) apoiam no tratamento e conta com incentivos	
23. Desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	O Sr.(a) já teve vontade de desistir do tratamento?	Apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento. Por quê? _____ _____ _____	Já pensou em desistir do tratamento. Por quê? _____ _____ _____	Não apresenta desejo de desistência em relação à continuidade do tratamento	
24. Capacidade de formular projetos de vida para serem concretizados após o tratamento	O que o(a) motiva a realizar o tratamento? (Buscar identificar se o paciente realiza o tratamento almejando projetos para o futuro: educação dos filhos, trabalho, dentre outros)	Aparenta não apresentar motivação	Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde	Apresenta motivação relacionada à necessidade de melhorar a saúde e por ter outros motivos: filhos (), trabalho (), Outros () _____	
Marcadores Relativos aos Serviços de Saúde					
25A. Vínculo/ Acolhimento na UBS -- sentir-se que é ouvido	Como o Sr.(a) se sente quando fala dos problemas de saúde aqui neste serviço de saúde? - Sente que é ouvido? Sim () Não () -Porque não falou? _____ _____ _____	Manifesta que seus problemas de saúde <u>não são ouvidos</u> pelos profissionais de saúde da UBS.	Manifesta que seus problemas de <u>saúde algumas vezes são ouvidos</u> pelos profissionais de saúde da UBS	Manifesta que seus problemas de saúde <u>sempre são ouvidos</u> 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 em que recorria aos serviços de saúde em caso de dúvidas	Quando o Sr.(a) tem alguma dúvida sobre a doença ou sobre o tratamento, com quem fala? _____	Nunca recorre aos profissionais de saúde do serviço/ Não tem dúvida.	Algumas vezes recorre aos profissionais de saúde do serviço	Sempre recorre aos profissionais de saúde do serviço	
26. Intenção sobre a continuidade da realização do tratamento na UBS.	O Sr.(a) gostaria de continuar o tratamento aqui neste serviço, ou não? Por quê? _____	Gostaria de fazer o tratamento em outra UBS	Algumas vezes gostaria de fazer o tratamento em outra UBS	Gostaria de dar continuidade ao tratamento nesta UBS	
27. Tempo gasto para ser atendido na UBS	Quanto tempo o Sr.(a) espera para ser atendido neste serviço de saúde?	Mais do que 1 hora	De 30 minutos até 1 hora	Menos de 30 minutos	
28. Recebimento de visita domiciliária	Esta UBS já realizou visita em sua casa depois que o Sr.(a) teve o diagnóstico de tuberculose? Qual o profissional de saúde foi em sua casa? Médico () Enfermeira () ACS () Auxiliar de enfermagem () Técnico de enfermagem ()	Nunca teve a visita de profissionais de saúde da UBS	Já teve a visita de profissionais de saúde em uma ocasião	Já teve a visita de profissionais de saúde algumas vezes	
TOTAL					

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Adesão ao tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde em regiões do Brasil**”. Coordenada pela profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O objetivo do estudo consiste em Implementar marcadores que apresentem potência para a detecção de vulnerabilidades na adesão ao tratamento da tuberculose, no âmbito da atenção primária à saúde, em três regiões do Brasil.

Essa pesquisa visa contribuir com as ações de controle da tuberculose desenvolvida no SUS, bem como aumentar a visibilidade regional, nacional e internacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação dos serviços de atenção à tuberculose.

Solicitamos a sua colaboração para realização da entrevista, que dura em média 30 minutos, poderá ser realizada no serviço de saúde ou no seu domicílio, em dia útil da semana de acordo com sua disponibilidade, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que o risco envolvido nessa pesquisa seria a divulgação do seu nome, porem asseguramos que seu nome não será divulgado. Para proteger sua identidade, sua entrevista será identificada apenas por código.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

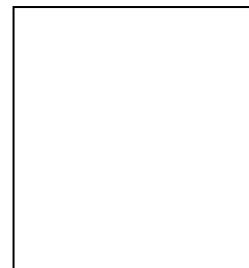
A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Pesquisador Responsável _____

Pesquisador Participante _____

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa



Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar ou enviar e-mail para a pesquisadora Maria Rita Bertolozzi.

Telefone: (11) 3061.7652.

Email: mrbertol@usp.br

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é um órgão que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. É responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa. Se você tiver dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - São Paulo/SP, ou pelo telefone: (11) 3061.7533. O horário de atendimento é de segunda à sexta das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Donácia Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR

Número do Protocolo: 34560114.7.2001.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 11/03/2015

Pesquisador(a) Responsável: Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

Situação do parecer: Aprovado

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: **ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: IMPLEMENTAÇÃO DE MARCADORES PARA O MONITORAMENTO DE PACIENTES**, inicialmente enviado pela pesquisadora Maria Rita Bertolozzi da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/EE-USP, teve o projeto aprovado com o CAAE 34560114.7.1001.5392, aprovado pelo CEP EE/USP em 12/12/2014 e foi apresentado pela pesquisadora **TÂNIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO** da Universidade Estadual da Paraíba. Trata-se de projeto multicêntrico e para tanto cumpriu as exigências éticas inerentes ao objeto de estudo. A tuberculose (TB), embora conte com tratamento eficaz, ainda apresenta importantes problemas que limitam o seu controle. Dentre estes, destaca-se a adesão ao tratamento, além das dificuldades quanto ao diagnóstico precoce e a organização dos serviços de saúde. Não se está deixando de lado a compreensão de que a doença é determinada socialmente, o que implica na necessidade de focalizar as intervenções também nesse âmbito. Especificamente em relação à adesão ao tratamento, destaca-se a necessidade de dispor de instrumentos que tenham o potencial de identificar, com a precocidade devida, aspectos que influenciam o processo saúde-doença, o que pode constituir em importante ferramenta para o monitoramento das pessoas que apresentam a tuberculose-doença. **Objetivo:** Implementar marcadores que apresentem potência para a detecção de vulnerabilidades na adesão ao tratamento da tuberculose, no âmbito da atenção primária à saúde, em três regiões do Brasil. **Metodologia:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que tem a Determinação Social do Processo Saúde- Doença e um determinado conceito de adesão ao tratamento como pressupostos teóricos conceituais. A população do estudo compreenderá pessoas com tuberculose, em tratamento, residentes nas cidades de São Paulo/SP, Campina Grande/PB e Manaus/AM, cujo diagnóstico ocorreu ou ocorrerá no período de novembro de 2013 a agosto 2014. Será aplicado um instrumento já validado em investigação anterior. Informações relacionadas aos dados primários serão coletadas por meio de entrevistas com os doentes. Os dados secundários serão coletados das fichas de notificação, prontuários, fichas de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e do sistema de informação: TBWEB e SINAN. **Contribuições esperadas:** Espera-se contribuir para o controle da tuberculose, ao disponibilizar a metodologia para a adesão ao tratamento da doença aos serviços de saúde que desenvolvem ações no âmbito da atenção primária à saúde. Ao mesmo tempo, o instrumento pode apoiar a formação de recursos humanos com competência para atuar em atividades que visem a melhora dos perfis epidemiológicos relacionados à enfermidade.

Objetivo da Pesquisa: Implementar um instrumento que possibilite detectar elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento da tuberculose, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em três regiões do Brasil. Enquanto Objetivos Específicos buscar-se-á descrever o perfil epidemiológico de doentes com tuberculose assistidos na atenção primária à saúde, nos municípios de São Paulo/SP, Campina Grande/PB e Manaus/AM; Identificar a trajetória percorrida pelo doente, a partir do início dos sinais e sintomas até o momento do diagnóstico da tuberculose nos municípios em estudo; Identificar condições de vida, trabalho e saúde-doença dos doentes em tratamento nos municípios em estudo; Apontar as modalidades de tratamento e dificuldades dele decorrentes, em relação aos sujeitos do estudo; Identificar elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento e verificar sua associação com o desfecho do tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: A referida pesquisa não oferecerá riscos de grande propensão aos participantes, mas poderá ocorrer desconfortos em fornecer informações de ordem pessoal, ocorrência essa amenizada com o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE. Ademais, contribuirá para uma melhor prestação dos serviços voltados à comunidade, bem como poderão surgir parcerias entre a academia e os serviços públicos de saúde, nas regiões Sudeste, Norte e Nordeste, investigando os pontos de estrangulamento do controle da tuberculose na atenção primária à saúde, em relação ao diagnóstico, tratamento, referência e contra-referência. Espera-se o estabelecimento de parcerias de forma integrada e simétrica e, ao buscar conhecer as diversidades regionais, valer-se de especificidades que podem contribuir para a melhoria do controle da tuberculose no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O estudo apresenta uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual da Paraíba, mediante a Resolução 468/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO UE/PB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo.

Recomendações: Não há o que se recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

Situação do parecer: Aprovado

Campina Grande, 11 de março de 2015.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Domilcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa