UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE:
aspectos da vulnerabilidade programática

Fernanda Darliane Tavares de Luna

Campina Grande – PB

2015

Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos da vulnerabilidade programática

Fernanda Darliane Tavares de Luna

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

Orientadora: Profª. Drª. 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.

L961a Luna, Fernanda Darliane Tavares de.
Adesão ao tratamento da tuberculose [manuscrito] : aspectos da vulnerabilidade programática / Fernanda Darliane Tavares de Luna. - 2015.
84 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. Diagnóstico. 3. Vulnerabilidade em saúde. 4. Adesão à medicação. I. Título.

21. ed. CDD 616.995

FOLHA DE APROVAÇÃO

Candidata: Fernanda Darliane Tavares de Luna

Título: Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos da vulnerabilidade programática

Orientadora: Profª. Drª. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo

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

APROVADA EM: 14 / 07 / 2015

Banca Examinadora

Profª. Drª. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Profª. Drª. Sheylla Nadjane Batista Lacerda
Faculdade Santa Maria - FSM

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

À minha doce e pequena Lara (in memória),
que veio na hora exata,
apresentar-me a mais pura e sublime forma de amar,
e me ensinou quão frágil é a condição humana
diante dos desígnios de Deus.

AGRADECIMENTOS

Neste espaço não cabe tudo que tenho a agradecer. Por mais que eu enderece nominalmente minha gratidão, alguns nomes podem escapar da memória neste momento, mas jamais serão esquecidos.

Chegar ao final desta jornada só foi possível com as bênçãos diárias de ***Deus***. É Dele o amparo nos momentos difíceis, o aconchego para cessar o sofrer e a força para prosseguir na caminhada. A Ele, a conquista desta vitória em minha vida!

A minha orientadora, ***Profª Drª Tânia Mª Ribeiro M. de Figueiredo***, que me acolheu prontamente no grupo de pesquisa, e depositou em mim confiança como pesquisadora. Sou grata pelos préstimos intelectuais, que contribuíram sobremaneira para meu crescimento e amadurecimento acadêmico. A ela, agradeço ainda a presença sublime e acolhedora no momento mais difícil da minha vida!

Ao ***Prof. Dr. Edwirde Luiz Silva***, pela disponibilidade e prontidão em colaborar com a estatística deste trabalho.

A ***Profª Drª Maria Rita Bertolozzi***, pela oportunidade de integrar a uma pesquisa grandiosa e pelas contribuições intelectuais a esta dissertação.

A ***Drª Sheylla Nadjane Batista Lacerda***, membro da banca examinadora, agradeço as sugestões para o aprimoramento deste texto.

Ao ***corpo docente*** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB, que através do ambiente propício ao debate instigante e reflexões, contribuíram na minha formação crítico-científica, o que foi imprescindível para a escrita deste trabalho.

A ***Rayrla***, amiga e parceira intelectual. Com ela compartilhei todos os momentos, de conquistas e desafios, durante a trajetória do mestrado. A troca de saberes e o partilhamento de indagações e dúvidas, foram essenciais para a construção do conhecimento expresso neste trabalho.

Aos ***membros do grupo de pesquisa em Avaliação de Serviços de Saúde***, agradeço a troca de experiências e conhecimento, e, sobretudo, o auxílio durante a fase de coleta dos dados da pesquisa, em especial aos amigos da iniciação científica, ***Rosiane Davina, Aguinaldo Araújo e Pedro Victor***.

Ao corpo de ***profissionais do Serviço Municipal de Saúde***, Referência em Tuberculose, que com presteza e prontidão, colaborou para execução desta pesquisa.

Aos ***doentes com Tuberculose***, que ao compartilharem suas representações e vivências, contribuíram não apenas para a consolidação da pesquisa, mas possibilitaram reflexões sobre a vida e sobre o SER HUMANO.

Aos meus estimados pais, ***Tereza Norma e Bosco Luna***, faltam palavras para expressar minha gratidão. Foram eles que, num prelúdio de anos, me fizeram vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, força e determinação.

A meu esposo amado, ***Danúzio Leite***, que partilhou comigo os esforços e sacrifícios desta caminhada, lembrando-me a cada dia a beleza e a força do vínculo entre as pessoas que se amam e compartilham dos mesmos ideais.

A minha querida irmã, ***Flávia Daylane***, muito mais que o apoio e incentivo durante a trajetória do mestrado, a ela agradeço a vida compartilhada por anos.

A meu irmão, ***Diego Luna***, e meus sobrinhos, ***Willyanne e Diego Júnior***, pela felicidade simples que transborda na presença de vocês.

A ***gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Guarabira – PB***, em especial a amiga e coordenadora ***Fernanda Macedo***, que ao acreditar na importância do crescimento intelectual dos servidores da saúde do município, oportunizou as condições necessárias para a consecução do mestrado.

Aos ***profissionais da Equipe de Saúde da Família Naná Porpino***, a qual me integro com orgulho e amor, agradeço a parceria estabelecida e o apoio durante os momentos de cansaço e excesso de trabalho.

Aos ***colegas do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB***, pelo apoio e companheirismo durante esta caminhada.

"A Esperança não murcha, ela não cansa,
Também como ela não sucumbe a Crença,
Vão-se sonhos nas asas da Descrença,
Voltam sonhos nas asas da Esperança."

Augusto dos Anjos

Luna FDT. Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos da vulnerabilidade programática. [Dissertação]. Campina Grande: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba - UEPB; 2015.

RESUMO

Introdução: Apesar de avanços tecnológicos relacionados a descobertas de insumo, tratamento e cura, a tuberculose persiste como um grave problema de saúde pública. Um dos maiores obstáculos para seu controle é a inadequação ou o abandono do tratamento, e um grande desafio é encontrar soluções eficazes que facilitem a adesão ao tratamento. **Objetivo**: Analisar os potenciais de adesão ao tratamento da tuberculose, através dos escores dos marcadores de adesão, relacionados aos aspectos de vulnerabilidade programática, no município de Campina Grande, estado da Paraíba. **Material e Métodos:** Estudo descritivo, de recorte transversal, e abordagem quantitativa. Adotou-se como referencial teórico-metodológico o conceito de adesão ao tratamento trabalhado por Bertolozzi e colaboradores e o conceito das dimensões de vulnerabilidade proposto por Ayres e colaboradores. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento, validado para ser adotado no âmbito da Atenção Primária à Saúde, que possibilita elucidar marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose e estabelece escores, variando de 1 a 3, conforme os potenciais de adesão. A dimensão analítica abordada foi a vulnerabilidade programática, expressa por 12 marcadores e analisada nos eixos de estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde, e de operacionalização das ações. A coleta aconteceu no mês de março de 2015, no município de Campina Grande-PB, envolvendo 39 doentes com tuberculose, diagnosticados no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. Para a análise dos dados, foi realizada estatística descritiva e fatorial de correspondência múltipla, com obtenção de planos representando a configuração das variáveis no espaço. **Resultados:** Em ambos os eixos de análise, as medianas mais elevadas e as maiores variações foram evidenciadas no escore 3; o escore 2 foi o mais conciso; e o escore 1, apesar de medianas inferiores a 20 %, apresentaram grande dispersão. Os marcadores que tiveram o escore 1 como o mais expressivo foram ‘dificuldade no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde’, ‘tempo para receber o diagnóstico’ e ‘recebimento de visita domiciliária’. Para o escore 3, os que mais contribuíram foram os marcadores relativos ao vínculo. O grupo composto por doentes que obtiveram o diagnóstico em período superior a 1 mês, recorreram a 3 ou mais serviços para obter o diagnóstico e procuraram o consultório médico privado ou o Hospital como primeiro serviço, representou uma associação de características indicativa de uma baixo potencial de adesão ao tratamento. **Conclusões:** O modelo centralizador adotado pelo município no tocante a assistência a tuberculose, parece manter relação com a pequena variabilidade na distribuição dos escores, e potencializa os baixos escores de alguns marcadores, a exemplo do marcador ‘recebimento de visita domiciliária’. As trajetórias pouco eficientes sugerem fragilidades da Estratégia Saúde da Família, contribuindo para os baixos potenciais de adesão. É indispensável repensar a organização dos serviços de saúde de atenção a tuberculose, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família, para favorecer o diagnóstico precoce e adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose. Diagnóstico. Vulnerabilidade em Saúde. Terapêutica. Adesão à Medicação.

Luna FDT. Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos da vulnerabilidade programática. [Dissertação]. Campina Grande: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba - UEPB; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Despite technological advances related to input findings, treatment and cure, tuberculosis remains a serious public health problem. One of the biggest obstacles to their control is the inadequacy or abandonment of treatment, and a major challenge is to find effective solutions that facilitate compliance. **Objective:** To analyze the potential of adherence to tuberculosis treatment, through scores of adhesion markers, related to the programmatic aspects of vulnerability in the city of Campina Grande, State of Paraiba. **Material and Methods:** A descriptive study, cross cut, and quantitative approach. It was adopted as theoretical framework the concept of adherence to treatment worked for Bertolozzi and employees and the concept of vulnerability dimensions proposed by Ayres et al. To collect data, we used an instrument validated for adoption under the Primary Health Care, which enables membership elucidate markers to tuberculosis treatment and establishes scores, ranging from 1 to 3 as the potential accession. The analytical dimension was addressed programmatic vulnerability, expressed by 12 markers and analyzed the structure of axes and dynamic organization of health services, and implementation of actions. The gathering took place in March 2015 in the city of Campina Grande-PB, involving 39 patients with tuberculosis, diagnosed from September 2014 to February 2015. For data analysis was conducted descriptive and factorial statistical matching Multiple, obtaining plans representing the configuration of the space variables. **Results:** In both axes of analysis, the highest median and the larger variations were observed in the score 3; the score 2 was the most concise; and a score of 1, although less than 20% median showed great dispersion. Markers that had the score 1 as the most significant were 'difficult to treat compared to the support of health care', 'time to get diagnosed' and 'receiving home visit'. For the score 3, the main contributors were the markers for the bond. The group of patients who were diagnosed in a period exceeding one month, resorted to three or more services for the diagnosis and sought private medical office or hospital as the first service, represented a combination of characteristics indicative of a low potential for adherence to treatment. **Conclusions:** The centralized model adopted by the municipality with respect to assistance to tuberculosis, it seems to maintain relationship with little variability in the distribution of scores, and enhances the low scores of some markers, such as marker 'receiving home visit'. The inefficient trajectories suggest weaknesses of the Family Health Strategy, contributing to the low potential accession. It is essential to rethink the organization of health care TB services, strengthening the Family Health Strategy, to promote early diagnosis and treatment adherence.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Diagnosis. Health Vulnerability. Therapeutics. Medication Adherence.

LISTA DE QUADROS

ARTIGO 1

Quadro 1 – Marcadores programáticos de adesão ao tratamento da tuberculose, Campina Grande - PB, Brasil, 2015..... **40**

ARTIGO 2

Quadro 1 – Descrição do marcador de adesão ao tratamento "tempo para receber o diagnóstico", Campina Grande - PB, Brasil, 2015..... **53**

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Distribuição dos marcadores programáticos de adesão ao tratamento em relação aos escores, Campina Grande - PB, Brasil, 2015..... **42**

ARTIGO 2

Tabela 1 – Distribuição do tempo para receber o diagnóstico em relação ao número de serviços procurados, do primeiro serviço procurado e do serviço que confirmou o diagnóstico de tuberculose, Campina Grande - PB, Brasil, 2015..... **55**

Tabela 2 – Medidas de discriminação..... **56**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Totalidade compreensiva da vulnerabilidade e suas dimensões analíticas.. **21**

Figura 2: Fluxograma de seleção e composição da amostra. Campina Grande – PB, Brasil, 2015..... **32**

ARTIGO 1

Figura 1: Distribuição do percentual de freqüência dos escores dos marcadores, relativos aos eixos: aspectos de estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde (a) e operacionalização das ações (b)..... **43**

ARTIGO 2

Figura 1: Plano fatorial de ordenação das variáveis..... **57**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS –*Adquired Immunodeficiency Syndrome*

AM – Amazonas

BAAR – Bacilo Álcool-ácido Resistente

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública

DM – Diabetes Mellitus

EE-USP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILTB - Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*

MS – Ministério da Saúde

NEPE – Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONGs- Organização Não-Governamentais

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PB – Paraíba

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PNS - Política Nacional de Saúde

PT – Prova Tuberculínica

SAE – Serviços de Atenção Especializada

SINAN – Sistema de Informação de Agravos Notificados

SP – São Paulo

SPSS – *Statistical Packge for the Social Sciences*

SR – Sintomáticos Respiratórios

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TB – Tuberculose

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UICTER – União Internacional Contra a Tuberculose e Enfermidade Respiratórias

USAID – Agência Americana para Desenvolvimento Internacional

UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO..... **15**
1.1CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO..... 15
1.2 CONCEITO DE ADESÃO AO TRATAMENTO..... 17
1.3 MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO..... 18
1.4 CONCEITO DE VULNERABILIDADE E SUAS DIMENSÕES..... 19
1.5 DIMENSÃO PROGRAMÁTICA DA VULNERABILIDADE..... 22
1.6 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE..... 23
1.7 DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE..... 24
1.8 AÇÕES PROGRAMÁTICAS NO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA TUBERCULOSE..... 26
2 OBJETIVOS..... **28**
2.1 OBJETIVO GERAL..... 28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 28
3 PERGUNTA CONDUTORA..... **29**
4 MATERIAL E MÉTODOS..... **30**
4.1 DESENHO DO ESTUDO..... 30
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO..... 31
4.3POPULAÇÃO E AMOSTRA..... 31
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 33
4.5 PERÍODO E TÉCNICA DA COLETA DOS DADOS..... 34
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS..... 34
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... 35
5 RESULTADOS..... **36**
5.1 ARTIGO 1 - ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: ELEMENTOS DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA..... 36
5.2 ARTIGO 2 - TRAJETÓRIA E TEMPO PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: IMPLICAÇÕES NA ADESÃO AO TRATAMENTO..... 49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... **62**
REFERÊNCIAS..... **64**
ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS..... **70**

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... 78
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 80
ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA..... 82

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Conhecida há séculos, a tuberculose (TB) continua em evidência na atualidade como um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil[1]. Transmitida através do ar e mantendo estreitas relações com as condições socioeconômicas das populações, a TB atende a critérios de priorização de um agravo em saúde pública, como alta magnitude, transcendência e vulnerabilidade[2].

A problemática da persistência e recrudescimento da TB em várias localidades é um desafio de grandes proporções, que se relaciona com a desigualdade social, o envelhecimento da população, os movimentos migratórios e o advento da Aids[3].

Desde 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a TB como uma emergência mundial, e em 1996, o Ministério da Saúde Brasileiro reconheceu seu controle como uma das prioridades nacionais. Atualmente, o Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que concentram 80% da carga mundial da TB[2,4,5].

Apesar de decrescente, os índices epidemiológicos da TB no Brasil permanecem alarmantes. Em 2014, foram diagnosticados no país 67.966 casos novos de TB, perfazendo um coeficiente de incidência de 33,5/100.000 habitantes[6]. Na Paraíba, o coeficiente de incidência foi de 28,9/100.00 habitantes, no ano de 2014[7]. O município de Campina Grande registrou 143 casos novos de TB no mesmo ano, o que representou um coeficiente de incidência de 35,5/100.000 habitantes[7].

Natal e colaboradores[8], desde 1999, já davam vistas à problemática, afirmando que a redução de infectados se daria com o tratamento dos casos infectantes, e que a efetividade dos programas de controle da TB relacionava-se diretamente com a redução das taxas de abandono. No entanto, são indubitáveis as elevadas e permanentes taxas de abandono do tratamento anti-TB, mantendo-se aquém dos índices aceitáveis pelo Ministério da Saúde (MS), que é uma proporção de até 5% de abandono de tratamento[2].

No ano de 2014, o Brasil apresentou índices de abandono do tratamento da TB de 10,9%[6], na Paraíba, esse índice foi de 13,4%[6]. O município de Campina Grande, em 2013, registrou a situação de encerramento de 21 doentes com TB como abandono, totalizando percentual de 13,1%[7].

Considerado um dos mais sérios desafios, o abandono do tratamento implica na persistência da fonte de infecção, no aumento da mortalidade e das taxas de recidiva, além de facilitar o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes[9-12].

Ao abandonar o tratamento, o paciente torna-se uma importante fonte de transmissão do bacilo, prolongando a infecciosidade, contribui para o aumento dos índices de multirresistência às drogas, causando danos individuais e à saúde pública[13,14].

Abordagens metodológicas sobre o abandono, em geral, apreendem o processo como um resultado de comportamentos ou atributos dos indivíduos, desassociados do desenvolvimento da vida em sociedade, estereotipando, assim, atitudes frente ao tratamento. Nessas abordagens, os serviços de saúde são considerados como sistema que restringem as práticas aos programas de controle[15].

Superando essa visão reducionista, a concepção metodológica da adesão ao tratamento busca identificar vários aspectos que proporcionam peculiaridades e especificidades na interpretação do processo, revelando potenciais para a consecução do tratamento[15].

A compreensão da dinâmica da TB depende tanto das taxas epidemiológicas quanto da compreensão das relações e condições de vida no território das vulnerabilidades individual, social e programática, possibilitando melhor planejamento e reorganização das práticas e do trabalho em saúde[16,17].

A vulnerabilidade estabelece que em um único contexto social, econômico, cultural e ambiental, as relações estabelecidas com o meio propiciam maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento, ao não adoecimento e ao enfrentamento de agravos[18]. A relevância do conhecimento sobre a vulnerabilidade aos agravos à saúde reside nas implicações positivas ao identificar as necessidades de saúde dos sujeitos, e assim lhes assegurar proteção[19].

O conceito de vulnerabilidade interliga aspectos individuais, sociais e programáticos, reconhece a determinação social da doença e se coloca como convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diversos setores da sociedade[18,19].

O componente programático ou institucional da vulnerabilidade conecta os componentes individual e social. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de promoção, prevenção e atenção, que sejam importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso[20].

É ainda, o componente programático que orienta a situar as dimensões educativas para além do caráter normativo e centrado no objeto, propõe a articulação das intervenções em saúde e das ações programáticas, reconstruindo o cuidado em saúde como encontro de

sujeitos, resultante de elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento[20].

Considerando a problemática discutida, é oportuno aprofundar os conhecimentos sobre os marcadores de vulnerabilidade programática que interferem na adesão ao tratamento da TB.

1.2 CONCEITO DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Abordagens sobre o conceito de adesão partem da divergência existente entre os termos na língua inglesa: *compliance* e *adherence*. O primeiro, desenvolvido por Haynes em 1979, entende a adesão como grau de conformidade da pessoa em relação ao regime terapêutico proposto; o segundo descreve adesão como o esforço do paciente em seguir o tratamento[21].

Muitas críticas recaem sobre o enfoque da *compliance,* pois revela uma condição de submissão do paciente às recomendações dos profissionais de saúde, os quais não teriam autonomia na decisão quanto ao tratamento a ser seguido, e exclui a interferência da família e dos cuidadores no processo da adesão[21].

Na ótica do termo *adherence,* o sujeito é atuante e responsável pela decisão de adesão, tem papel ativo no controle de seu próprio tratamento. Nesta perspectiva, estabelece uma aliança entre o profissional de saúde e o doente, reconhecendo as responsabilidades de todos os envolvidos no tratamento[21]. Sánches[14] ressalta que tal concepção supera as abordagens multicausais e centram as causas da adesão em fatores não hierarquizados e não contextualizados.

No Brasil, o conceito de adesão vem sendo trabalhado por Bertolozzi desde 1998. Para a autora, adesão significa ato ou processo de aderir; é o ato pelo qual uma pessoa, instituição ou Estado, antes alheio a um negócio ou processo, passa a participar deste por consentimento próprio; reflete a ação de ligar-se fisicamente, de modo estreito a alguma coisa, aceitação dos princípios de uma idéia, uma doutrina e modo de vida[14].

A adesão se configura como necessidade para a consecução da saúde e esta se apresenta como um projeto de vida[15]. Transcendendo a esfera biológica, a adesão refere-se a aspectos que incluem a forma como o indivíduo concebe a enfermidade, relacionada com seu lugar ocupado na sociedade e à forma de organização dos serviços de saúde[14].

A adesão implica na responsabilidade compartilhada do paciente e da equipe de saúde[22]. Há pró-atividade frente à necessidade de superação do momento da enfermidade,

compartilhando responsabilidade e compromisso junto à equipe de saúde na condução das intervenções de saúde[15].

Cavalcante[21] aponta estudos[23,24] que revelam a adesão ao tratamento interligando questões objetivas (métodos de tratamento, prescrição não-medicamentos, comportamentos dos doentes em relação ao atendimento das prescrições) e subjetivas (atitudes dos pacientes, crenças, percepções, desejos, ganhos e ônus com a doença). São estas questões que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde, pois a prescrição medicamentosa e a disponibilidade dos medicamentos não garantem a adesão, que está associada a aspectos emocionais e às experiências práticas de vida.

As peculiaridades e especificidades na interpretação da adesão das intervenções de saúde devem conectar três planos: o plano que se refere à concepção de saúde/doença da pessoa enferma; o plano relacionado ao lugar social ocupado pela pessoa doente; o plano que trata do processo de produção da saúde[15].

No primeiro plano, cumpre salientar que a compreensão do processo saúde-doença está imersa na realidade, sendo dependente das estruturas que integram a sociedade: a base econômica e a dimensão jurídico-político-ideológica[15].

O segundo plano incorpora o acesso ao trabalho e a todos os elementos que integram a vida em sociedade e que revelam as necessidades fundamentais para o desenvolvimento da vida: moradia, serviços de saúde, alimentação, vestuário, escolaridade, informação, transporte, lazer, entre outros[15].

O terceiro plano refere-se ao processo de produção dos serviços de saúde, no qual são fundamentais tecnologias relacionais que possibilitem a captação das necessidades de saúde, o que é possível através da escuta qualificada, do vínculo que emana dos encontros, estabelecendo relações simétricas e não dominadoras, buscando a autonomia dos sujeitos na construção do projeto terapêutico[15].

1.3 MARCADORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO

O acompanhamento e avaliação das situações sanitárias tradicionalmente acontecem por meio de indicadores, expressos numericamente. Um novo conceito de indicador vem sendo trabalhado desde 2009; revelando seu aspecto qualitativo, que funciona como uma espécie de sinalizador da realidade, dando ênfase de medida e balizamento de processos de construção da realidade, indicando situações que devam ser mudadas, incentivadas ou

potencializadas, e permitindo que ações sejam efetuadas em dimensões-chave[25]. Uma concepção precisa do que se pretende gerenciar é fundamental para a escolha dos indicadores.

No tocante à adesão ao tratamento da TB, para o monitoramento do complexo processo é necessária uma abordagem integral do fenômeno, e dessa forma o uso de indicadores pode ser insatisfatório. Cavalcante[21] defende que o mais apropriado seria a utilização de marcadores, pois estes seriam capazes de explicar como se articulam os aspectos das condições de vida, do contexto familiar, do trabalho, do processo saúde-doença e do contexto do serviço de saúde na construção da realidade estudada.

A partir dessa abordagem abrangente, é possível detectar precocemente as pessoas que apresentam limitações na adesão ao tratamento, sinalizando as intervenções apropriadas. Dessa forma, consideram-se os marcadores de adesão como sinalizadores qualitativos de elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento, que funcionam como "sentinelas de alarme" com potencial para disparar intervenções apropriadas[21].

1.4 CONCEITO DE VULNERABILIDADE E SUAS DIMENSÕES

Será que ainda hoje é possível reduzir comportamentos individuais, a atitudes ditas como de risco, sem analisar o contexto em que estas ações se dão[26]?

Pensar em grupos de risco ou em comportamentos de risco é afastar-se de aspectos da realidade referentes à subjetividade, significação, interação e dinamicidade. De um lado, grupo de risco é um termo que rotula, cristaliza e isola. Por outro lado, comportamento de risco universaliza, despolitiza e descontextualiza[27].

No entanto, é possível ultrapassar o campo da responsabilidade individual e obter uma análise da realidade na qual o sujeito está inserido, subsumindo as ideias de grupos de risco e comportamento de risco à noção mais abrangente de vulnerabilidade[27,28].

Partindo dessapremissa, nosso estudo utilizará como referencial teórico os conceitos das dimensões de vulnerabilidade propostos por Mann, Tarantola e Netter, em 1992[29] e aperfeiçoados por Ayres e colaboradores, desde 2006[30].

Emergente no cenário da saúde pública mundial a partir da experiência da pandemia de HIV/aids na década de 90, o quadro conceitual da vulnerabilidade foi proposto, em 1992, para operacionalizar a interpretação da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (aids), partindo da interação de três dimensões:a individual, a programática e a social[29].

A eclosão da epidemia da aids mostrou claramente as limitações dos saberes tradicionais da saúde pública isolados e a necessidade de saberes mediadores, que considerasse os determinantes sociais[31].

A vulnerabilidade aparece como possibilidade de buscar novas sínteses teóricas, de fazer a epidemiologia dialogar com outras ciências e outros saberes científicos, compreensivos e interpretativos. Dessa forma, há a possibilidade de produzir informação de melhor validade a fim de gerar conhecimentos para orientar políticas de redução das iniquidades em saúde[31,32].

Cabe ressaltar que os planos analíticos da vulnerabilidade podem ser tomados como referência para interpretar também outros agravos, em áreas e contextos populacionais diversos[33].

Resultante de um intenso debate social, a vulnerabilidade diz respeito à suscetibilidade ou à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, 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[15,30,34,35].

A vulnerabilidade 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 saúde. A vulnerabilidade, ainda, é antecedente ao risco, determinando os diferentes riscos que uma pessoa tem de se infectar, adoecer e morrer[15,30,34,35].

Conceitualmente, adivisão operacionaldo conceito de vulnerabilidade é pragmaticamente construída com base nas três dimensões analíticas: a individual, a programática e a social[26,35].

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) [30,34].

A dimensão social integra a 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, as iniquidades, entre outros aspectos[30,34].

A dimensão programática contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde[30,34].

As três dimensões relacionam-se de maneira complementar e não excludente (Ver figura 1). É preciso destacar que a representação da tridimensionalidade das aproximações demonstra que o cubo grande é composto por cubos menores, estes cubos menores podem ser subdivididos em outros tantos e assim até o infinito. Isso sugere a impossibilidade de chegar ao cubo final e alerta que por mais abrangente e exaustivo que seja um estudo de vulnerabilidade, jamais poderá ter a pretensão de dar a palavra final sobre o assunto[31].

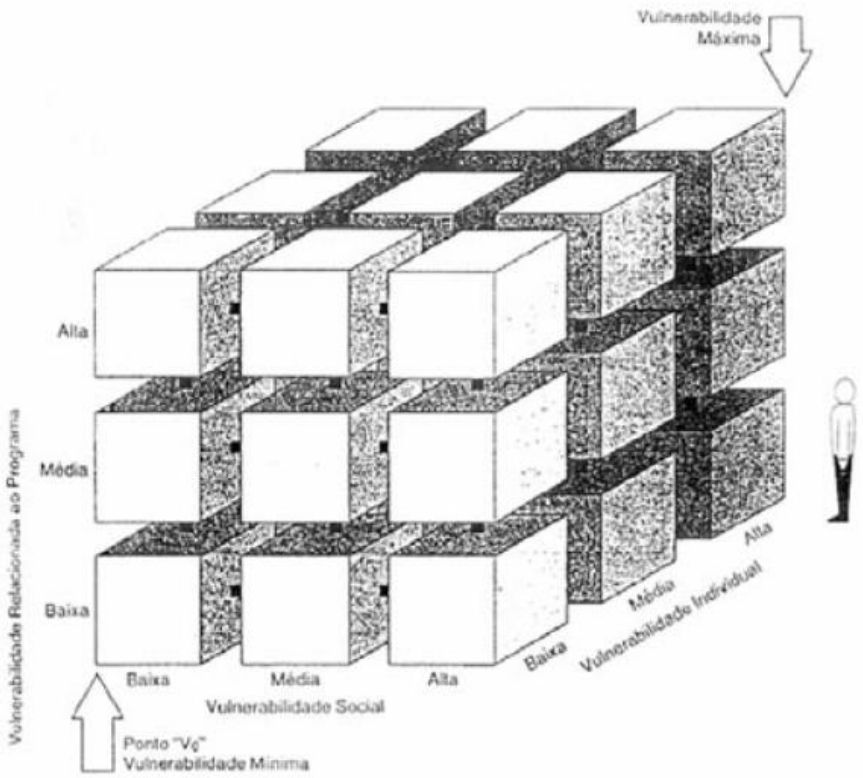

Figura 1: Totalidade compreensiva da vulnerabilidade e suas dimensões analíticas.
Fonte: MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992.

A vulnerabilidade busca a síntese dos contextos de uma dada realidade, nas diversas dimensões do fenômeno em estudo[35]. É necessário explicitar que o grau de abrangência das

análises depende de interesses e possibilidades concretas de cada situação avaliada, mesmo que essas situações estejam inter-relacionadas a outros planos mais amplos e profundos[31].

A construção de totalidades compreensivas é sempre feita a partir de uma dada perspectiva, limitada e em constante transformação, cuja unidade analítica está constituída no eixo indivíduo-coletivo[1,31].

1.5 DIMENSÃO PROGRAMÁTICA DA VULNERABILIDADE

A vulnerabilidade programática considera que 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 adoecimento[18].

Para a proteção do indivíduo ao adoecimento ou para o tratamento e cura diante de um agravo é fundamental a existência de atitudes programáticas voltadas nesta direção. Quanto maior for o grau e a qualidade do compromisso, recurso, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais, de prevenção e cuidado relativos às questões de saúde, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, fortalecendo os indivíduos[26].

As situações de vulnerabilidades programáticas, ou melhor, a tradução destas no cotidiano de atendimento à saúde das pessoas, possuem estreita relação com inúmeros aspectos inerentes à organização de nossa sociedade, sejam eles financeiros, geográficos e culturais[18].

O componente programático diz respeito também aos recursos sociais que os indivíduos necessitam para se protegerem de danos à saúde de modo efetivo e democrático[26].

Esse componente compreende a necessidade de investimentos financeiros no setor saúde e educação, recursos humanos capacitados para a prevenção, diagnóstico e assistência, desenvolvimento de ações e políticas intersetoriais, e considera a mediação entre os profissionais de saúde e pacientes como veículo de mobilização da sociedade para o desenvolvimento do potencial de saúde dos indivíduos e a execução de seus direitos de acesso à saúde nos mais variados aspectos[36].

A perspectiva da dimensão programática está inserida em dois âmbitos vulnerabilizadores: o das políticas públicas e o do meio sociocultural[26]. Abrange o modo e o sentido em que as tecnologias operantes nos contextos (políticas, programas, serviços e ações) interferem sobre a situação de saúde e de adoecimento[31].

Na dimensão programática constam os programas de prevenção e de assistência e o acesso aos meios de controle, relacionados à estrutura e dinâmica de organização dos serviços de saúde e à operacionalização das ações[35].

1.6 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

No Brasil, o MS reconheceu em 1996 o controle da tuberculose como uma prioridade nacional, e lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose. Em 1999, foi implantado o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Desde então, este Programa integra à rede de Serviços de Saúde, vinculado à secretaria de vigilância em saúde (SVS), à coordenação de doenças endêmicas e à área técnica de pneumologia sanitária[37].

O PCNT é um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estaduais e municipais. Com uma política de programação bem definida, garante acesso universal à distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários à assistência ao doente com TB, ações preventivas e de controle do agravo[37].

Para garantir o efetivo acesso ao diagnóstico e ao tratamento, o PNCT descentraliza as ações e serviços para a rede de atenção primária à saúde, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair TB[2,37].

A descentralização das ações para o nível municipal apóia-se na estratégia saúde da família (ESF), que assume a responsabilidade de algumas ações da atenção à saúde, no que concerne à promoção à saúde, prevenção e diagnóstico da TB, contribuindo para a expansão das ações de controle da doença[12]. A aproximação do serviço de saúde à residência do doente ou ao local de trabalho facilita o acesso ao tratamento, com supervisão adequada e qualidade do atendimento, favorecendo a adesão ao tratamento[2].

O PNCT enfatiza também o envolvimento de Organizações Não-Governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais (Universidade, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais de combate a TB: Coalizão Global de TB (Stop TB); União Internacional Contra a Tuberculose e Enfermidades Respiratórias (UICTER); Agencia Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID); Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre outras[37].

Essa intersetorialidade proposta pelo PNCT é visualizada pela abordagem da TB no Programa Mais Saúde, na Programação das Ações de Vigilância em Saúde, no Pacto pela Vida, o Programa Brasil sem Miséria, entre outros[5].

A TB também tem sido contemplada nas principais pactuações nacionais. Atualmente, há dois indicadores relacionados a essa doença no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP): proporção de cura para os casos novos de TB bacilífera e proporção de casos novos de TB testados para o HIV[38].

O primeiro indicador, cujo parâmetro nacional é de índice de cura igual ou maior que 85%, permite mensurar o êxito do tratamento de tuberculose, possibilita a verificação, de forma indireta, da qualidade da assistência aos pacientes e viabiliza o monitoramento das ações do PNCT nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) [38].

A agenda estratégica da SVS apresentou metas de controle da TB, para o ano de 2015: ampliar a taxa de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para 85%; reduzir a menos de 5% o abandono do tratamento dos casos novos de tuberculose; realizar exame de cultura para 80% dos casos de retratamento de tuberculose; ampliar a testagem da coinfecção de TB/HIV para 100%; estabelecer comitê técnico estratégico para a Tuberculose[39].

O Plano Estratégico da Tuberculose, 2007-2015, projetado pela estratégia da OMS "ALTO A TUBERCULOSE", destinou-se a consolidar o tratamento diretamente observado (TDO), a atenção integral da TB associada ao HIV, fortalecimento sanitário, a disponibilização ao enfermo e à comunidade de novas ferramentas como vacinas, medicamentos, recursos propedêuticos. Recomendou que estes elementos fossem priorizados nas Linhas Estratégicas dos Planos Regionais[40].

Com a utilização dos novos recursos propedêuticos, o plano orientou, como uma das estratégias prioritárias, o aumento da detecção de novos casos de TB nos diferentes cenários socioeconômicos e clínico-epidemiológicos[40]. Porém, as taxas ainda mantêm-se aquém do desejado. Mundialmente, a taxa de casos novos diagnosticados entre as formas clínicas permanece entre 40 a 60%, no Brasil, esse percentual gira em torno de 55%[41].

Para o pós-2015, a OMS propõe metas desafiadores, com zero morte, adoecimento e sofrimento causado pela doença, buscando a eliminação da TB como um problema de saúde pública. Para tanto, reforça o rastreio de casos não detectados, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a conclusão com desfecho favorável, a cura[6].

1.7 DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

A principal medida de controle da TB consiste em diagnosticar e tratar os casos bacilíferos de TB pulmonar. Esforços devem ser direcionados para encontrar precocemente o doente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo assim a cadeia de transmissão[2].

Pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas são consideradas sintomáticos respiratórios (SR) e são suspeitos de estar doente com TB. A busca ativa para a identificação dos SR é uma estratégia recomendada nacional e internacionalmente, devendo ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde, seja no nível primário, secundário ou terciário[2].

Em caso de suspeita da TB prossegue-se na investigação diagnóstica. Para tanto é fundamental a pesquisa bacteriológica. Por ser um método simples e seguro, a pesquisa bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) – baciloscopia direta ou baciloscopia de escarro - é a técnica mais utilizada no Brasil[2].

Por vezes é necessário recorrer à cultura de microbactérias em amostras de escarro, pois com elevada especificidade e sensibilidade, aumenta em até 30% o diagnóstico da TB. Em algumas situações, como no caso dos pacientes coinfectados, a cultura de escarro é indicada independente do resultado da bacilospia[2].

A radiografia de tórax é um método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose, deve ser solicitada para todo paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. Outros exames radiológicos, como tomografia computadorizada, ressonância magnética e exames de imagem de estruturas ósseas, podem ser necessários em casos de TB em forma extrapulmonar[42].

Método coadjuvante no diagnóstico da TB, a prova tuberculínica (PT) é utilizada para diagnosticar a infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). A PT deve estar disponível nos serviços de atenção especializada (SAE) e excepcionalmente em outros serviços[2,42].

Uma pessoa com diagnóstico de TB deve ser adequadamente tratada e compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para a garantia desse direito[2]. São esses os melhores recursos para interromper a cadeia de transmissão da TB[43].

No entanto, nem sempre o diagnóstico acontece em tempo oportuno, ao passo que se configura como um marcador programático de adesão ao tratamento. Existem dois tipos de atraso no diagnóstico: um relacionado ao doente e o outro ao serviço de saúde[41,44,45].

O primeiro é o intervalo de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas até a primeira consulta em qualquer serviço de saúde; o atraso neste intervalo ocorre quando os doentes não identificam a tosse como um sinal de alerta para a procura de um serviço de

saúde, levando-os a buscarem os serviços de saúde quando há piora do estado geral, indo geralmente a serviços de níveis terciários[44].

O segundo tipo de atraso, relacionado ao serviço de saúde, é o tempo transcorrido desde a primeira consulta até a data do diagnóstico. O tempo considerado como atraso é divergente na literatura, variando de 6 dias a 39 dias, sendo a média adotada em produções científicas de 30 dias entre a primeira consulta e a definição diagnóstica[44].

1.8 AÇÕES PROGRAMÁTICAS NO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA TUBERCULOSE

A organização das redes de atenção à saúde devem ofertar os medicamentos para o tratamento da TB no SAE e nos serviços de atenção primária à saúde[42]. O regime de tratamento deve ser ambulatorial, estando a hospitalização reservada para os casos especiais,e limitando-se ao tempo suficiente para atender as razões que determinaram sua indicação[2].

A TB é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos anti-TB. A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o sucesso do tratamento. O esquema terapêutico antituberculose deve ter atividade bactericida precoce, ser capaz de prevenir a emergência de bacilos resistentes e ter atividade esterilizante[2].

O MS apresenta esquemas preconizados segundo a situação de tratamento do doente:

- Esquema básico para adultos e adolescentes: 2 meses de fase intensiva, com os medicamentos rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol; seguido por 4 meses de manutenção, com rifampicina e isoniazida.
- Esquema para o tratamento da TB meningoencefálica: 2 meses de fase intensiva, com os medicamentos rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol; seguido por 7 meses de manutenção, com rifampicina e isoniazida.
- Esquemas especiais: compostos por outros medicamentos em apresentações individualizadas e tempo de tratamento variado.

Há a previsão de esquemas prolongados ou esquemas individuais especiais em casos de falência do tratamento ou multirresistência às drogas, de coinfecção TB-HIV, ou em outras condições especiais, como a comorbidade com Diabetes Mellitus (DM) [2].

Para o êxito do tratamento e a adesão do paciente são necessárias algumas condições básicas: o acolhimento, que através de uma escuta qualificada desvela as necessidades dos

doentes, permitindo a produção do cuidado com o compartilhamento de responsabilidades, compromisso e solidariedade; informação adequada sobre a doença, a duração do tratamento, a importância da regularidade no uso da medicação, as graves conseqüências da interrupção ou abandono do tratamento; e o TDO, que dentre outras diretrizes, consiste na tomada de medicação de forma supervisionada[2].

Em associação à garantia do acesso gratuito aos medicamentos, uma das prioridades do PNCT é a adoção do TDO, que está diretamente relacionado à diminuição da taxa de abandono e de surgimento de bacilos resistentes, contribuindo para o alcance da meta de 85% de cura dos doentes de TB[37,46].

O TDO consiste na observação da ingestão dos medicamentos por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada e sob monitoramento do enfermeiro. Durante a fase de ataque, o TDO deve acontecer preferencialmente todos os dias, de segunda a sexta-feira, e na fase de manutenção no mínimo três vezes por semana, nos finais de semana e feriados os medicamentos são autoadministrados[46].

O momento de contato dos profissionais com o doente durante a operacionalização do TDO é oportuno para atividades de educação em saúde, onde devem ser discutidos aspectos sobre o estigma sobre a doença, os problemas sociais ou outras dificuldades que possam interferir na evolução e adesão ao tratamento[42].

Outra atividade programática para o controle da TB é o acompanhamento e evolução da doença. A realização mensal de baciloscopia de controle para doentes com TB pulmonar, o acompanhamento clínico mensal e realização periódica de exame radiológico devem ser garantidos aos doentes em tratamento antituberculose[2].

Além da avaliação clínica-laboratorial, deve existir envolvimento dos sujeitos no acompanhamento da evolução da doença. Equipe de saúde e usuário devem discutir e negociar a melhor forma de condução do tratamento até a cura. Neste aspecto, a educação popular é instrumento fundamental, pois amplia a interação entre os sujeitos envolvidos e reorienta práticas, saberes e lutas, reduzindo o abandono, potencializando a adesão ao tratamento e a cura da doença[46].

O MS considera como critério de abandono o não comparecimento do doente à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno ou, em casos de acompanhamento TDO, 30 dias de ausência após a data da última tomada das medicações[2]. A cura, por sua vez, é comprovada por no mínimo duas baciloscopias negativas: uma em qualquer período do acompanhamento e outra no final do tratamento[2].

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os potenciais de adesão ao tratamento da tuberculose, através dos escores dos marcadores de adesão, relacionados aos aspectos de vulnerabilidade programática, no município de Campina Grande, estado da Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar os potenciais de adesão ao tratamento da tuberculose, através dos escores dos marcadores de adesão, relacionados aos aspectos de vulnerabilidade programática, refletidos pela estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde;
- Investigar os potenciais de adesão ao tratamento da tuberculose, através dos escores dos marcadores de adesão, relacionados aos aspectos de vulnerabilidade programática, refletidos na operacionalização das ações;
- Analisar os potenciais de adesão ao tratamento da tuberculose decorrentes do tempo para receber o diagnóstico.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Os aspectos de vulnerabilidade programática interferem nos potencias de adesão ao tratamento da tuberculose no município de Campina Grande, estado da Paraíba?

4 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo integra um projeto de pesquisa multicêntrico, aprovado e financiado pelo edital Universal MCT/CNPq de nº 14/2013, com duração de 36 meses, cuja instituição executora foi a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), sob a coordenação geral da Professora Doutora Maria Rita Bertolozzi e coordenação local da Professora Doutora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Com o objetivo de implementar um instrumento que possibilite detectar elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento da TB no Âmbito da Atenção Primária à Saúde, o estudo foi desenvolvido em duas regiões do Brasil, Sudeste e Nordeste, nos municípios de São Paulo – SP e Campina Grande – PB, representando respectivamente cada uma das regiões.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com recorte transversal, de abordagem quantitativa. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico o conceito de adesão ao tratamento trabalhado por Bertolozzi e colaboradores[15] e o conceito das dimensões de vulnerabilidade proposto por Ayres e colaboradores[30].

A dimensão analítica abordada foi a vulnerabilidade programática, analisada nos eixos de estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde, e de operacionalização das ações.

Os aspectos da estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde foram analisados por:

- Condição e modalidade de tratamento;
- Tempo gasto para ir à unidade de saúde e para ser atendido;
- Articulação entre a ESF e setor de assistência social, para garantir a oferta de incentivos ao doente com TB.

Os aspectos da operacionalização das ações foram analisados por:

- Percurso terapêutico-diagnóstico (número de serviços procurados entre a percepção dos sintomas e a definição de diagnóstico de tuberculose, e tempo

transcorrido entre a percepção dos sintomas e a definição de diagnóstico de tuberculose);

- Acolhimento e vínculo;
- Visitas domiciliárias pelos profissionais do serviço de saúde.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Campina Grande está localizado no Estado da Paraíba, na mesorregião do Agreste, distando 133 km da capital João Pessoa. Segunda maior cidade do estado em termos de população e importância econômica, Campina Grande é um importante centro universitário, e considerada um dos principais pólos industriais da região nordeste e o maior pólo tecnológico da América Latina. Concentrando atividades comerciais e de serviços, detém 13,6% do total das riquezas produzidas no estado e representa o segundo maior PIB entre os municípios do estado[47].

Vários eventos culturais acontecem no município, destacando-se os festejos juninos, que recebe o título de "O maior São João do Mundo", e acontece durante todo o mês de junho, atraindo milhares de turistas para a cidade; o Encontro da Nova Consciência, um encontro ecumênico realizado durante o período carnavalesco, além de outros[47].

A população do município era de 402.912 habitantes em 2014[47]. A população está distribuída numa área de 594 Km², com 49 bairros e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista[47].

No tocante aos serviços de saúde, a rede municipal de saúde está organizada em seis distritos sanitários, abrangendo zona rural e urbana, como estratégia de descentralização e transformação das práticas sanitárias. Considerado município prioritário no controle da TB por atender a critérios estabelecidos pela nota técnica Nº15/2011 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS[48], Campina Grande desenvolve ações de controle da TB, que fazem parte do rol de práticas prioritárias e integrando ações propostas pelo PNCT. As ações são desenvolvidas prioritariamente em nível primário e secundário, por meio da integração das 94 equipes Saúde da Família e o Serviço Municipal de Saúde – Referência para TB; com suporte do nível terciário nas unidades hospitalares do município e no hospital Clementino Fraga – Referência estadual para doenças infectocontagiosas.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

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

Foram incluídos no estudo os doentes com TB com pelo menos 30 dias de tratamento anti-TB no período da coleta, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no município de Campina Grande-PB, e com capacidade de comunicação oral e compreensão preservadas. Foram excluídos os doentes institucionalizados em sistema prisional e os institucionalizados em sistema hospitalar fora do município de Campina Grande – PB.

Como se tratava de uma população pequena, optou-se por trabalhar com amostra censitária, onde todos os elementos da população, que atendessem aos critérios de inclusão e de não exclusão, foram elegíveis para a investigação. Assim sendo, a amostra foi composta por 39 participantes, conforme fluxograma de seleção (figura 2).

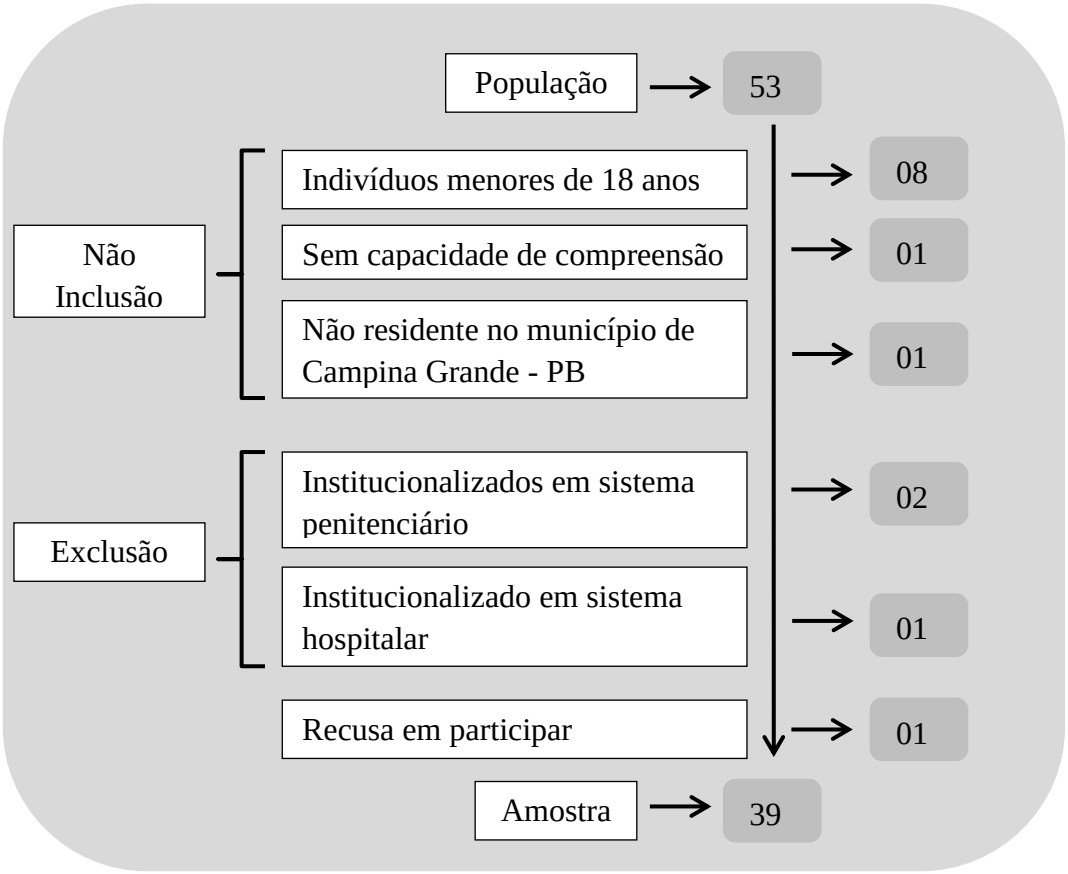

Figura 2: Fluxograma de seleção e composição da amostra. Campina Grande – PB, Brasil, 2015.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento que possibilita elucidar marcadores de adesão ao tratamento da TB[21,49], o qual foi validado por Cavalcante (2012), no município de São Paulo – SP, Brasil, mostrando-se adequado para ser adotado no âmbito da Atenção Primária à Saúde naquela realidade.

O instrumento (anexo 1) é composto de duas partes: a primeira referente à caracterização dos participantes, a aspectos socioeconômicos, demográficos, relativos ao processo saúde doença e ao resultado do tratamento; a segunda contendo 32 marcadores de adesão, de acordo com cinco dimensões: condições de vida, contextos vulneráveis, processo saúde-doença, tratamento e serviços de saúde.

Na segunda parte, para cada pergunta havia três possibilidades de respostas que estavam relacionadas a escores 1, 2 ou 3. Os escores mais baixos sinalizam menores potenciais para a adesão ao tratamento da TB.

No presente estudo, foram unidades de análise os marcadores que relacionava elementos de vulnerabilidade programática, totalizando 12 marcadores:

- Tempo gasto para ir até a Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico;
- Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico – tempo para receber o diagnóstico;
- Condição de tratamento;
- Modalidade de tratamento;
- Dificuldades no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde, incluindo os incentivos;
- Vínculo / acolhimento na UBS – sentir-se que é ouvido;
- Vínculo / acolhimento na UBS – atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o tratamento;
- Vínculo / acolhimento na UBS – freqüência em que recorria aos serviços de saúde em caso de dúvidas;
- Intenção sobre a continuidade da realização do tratamento na UBS;
- Tempo gasto para ser atendido na UBS;
- Recebimento de visita domiciliária.

4.5 PERÍODO E TÉCNICA DA COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada durante o mês março de 2015, em duas fases: fase exploratória e fase de campo.

Na primeira fase, ou fase exploratória, estabeleceu-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Serviço Municipal de Saúde para apresentar aos responsáveis-técnicos dos serviços a proposta de estudo e esclarecer os objetivos, buscando apoio para viabilizar contato pesquisador-participante. O pesquisador coletou dados que favoreceram o contato com participante: nome, contato (endereço, telefone) e unidade de saúde que estava vinculado.

Os dados secundários dos doentes com TB também foram coletados nessa fase, cujas informações foram obtidas nas fichas de notificação, prontuário, fichas de acompanhamento do TDO e no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN).

Na segunda fase, ou fase de campo, os pesquisadores realizaram visitas ao Serviço Municipal de Saúde, às UBS e visitas domiciliares, contactando os participantes. O contato com os participantes aconteceu preferencialmente nos serviços de saúde, no dia agendado para consulta de acompanhamento. Como alternativa, conforme conveniência, o contato aconteceu nos domicílios dos doentes.

A aplicação do instrumento estruturado aconteceu por meio de uma entrevista, de duração média de 20 a 30 minutos, cujos dados foram registrados por escrito. Os entrevistadores, integrantes do Grupo de Pesquisa em Avaliação de Serviços de Saúde da UEPB, cadastrado no CNPq, eram alunos do Mestrado em Saúde Pública do Programa de Pós Graduação da UEPB e da iniciação científica do curso de graduação em Enfermagem da mesma Instituição, que foram previamente treinados no período de fevereiro de 2015.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram armazenados em uma planilha eletrônica Microsoft Office Excel 2003, transferidos para tabela de entrada de dados do Software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e transportados para o software R, versão 3.1.2, no qual se prosseguiram as análises.

Foram efetuados cálculos de valores das frequências absolutas e relativas, medianas, quartis e intervalos interquartis, para a descrição do quadro geral dos marcadores. Essa

descrição foi apresentada em tabelas e em gráficos de boxplot, que ilustraram a distribuição das freqüências relativas do conjunto dos escores dos marcadores, para cada um dos eixos de análise.

Aplicou-se a análise fatorial de correspondência múltipla para a construção da trajetória diagnóstica do doente, buscando evidenciar associação ou similaridades entre as variáveis. Foram calculadas dimensões derivadas, cada uma maximizando uma parcela da variabilidade dos dados, obtendo-se em seguida planos que representavam a configuração das variáveis no espaço.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Seguindo as diretrizes emanadas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)[50] que regulamenta as normas aplicadas às pesquisas que envolvem direta ou indiretamente seres humanos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, CAAE 34560114.7.2001.5187 (anexo 2).

Após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, os participantes estão sendo convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 3), cuja primeira via está sendo entregue ao participante e a segunda arquivada pelo pesquisador. O anonimato e a confidencialidade são garantidos ao sujeito.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: ELEMENTOS DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

ADHERENCE TO THE TREATMENT OF TUBERCULOSIS: VULERABILITY PROGRAMME OF ELEMENTS

RESUMO

Introdução: A tuberculose persiste como um grave problema de saúde pública, e um dos maiores desafios atuais é encontrar soluções eficazes que facilitem a adesão ao tratamento. **Objetivo:** Investigar os potenciais de adesão ao tratamento da tuberculose, relacionados aos aspectos da vulnerabilidade programática, através dos escores dos marcadores de adesão, no município de Campina Grande – Paraíba. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Campina Grande – Paraíba, com 39 doentes com tuberculose. Os dados foram coletados no mês de março de 2015, através de uma entrevista estruturada, aplicada no ambulatório de referência em tuberculose ou na residência do doente, com aplicação do instrumento contendo 32 marcadores de adesão. Foi realizada análise descritiva, utilizando os 12 marcadores que expressavam elementos de vulnerabilidade programática, divididos em dois eixos: aspectos de estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde, e operacionalização das ações. **Resultados:** Observou-se padrões de distribuição dos escores semelhantes nos dois eixos de análises, com medianas mais elevadas e maiores variações para o escore 3. Os marcadores que mais apresentavam escore 1, implicando em baixo potencial de adesão, foram 'recebimento de visita domiciliária', 'tempo para receber o diagnóstico' e 'dificuldade no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde'. Os que mais contribuíram positivamente nos potenciais de adesão, com escore 3, foram os marcadores relativos ao vínculo. **Conclusão:** Os marcadores que apresentaram fragilidades exigem a intervenção de gestores e profissionais, para que a melhoria no escore desses marcadores repercuta na melhoria de todos os demais, e assim eleve os potenciais de adesão e contribua para a cura do doente.

DESCRITORES: Tuberculose. Vulnerabilidade em Saúde. Terapêutica. Adesão à Medicação.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis remains a major public health problem, and one of the current challenges is to find effective solutions that facilitate compliance. **Objective:** To investigate the potential of adherence to tuberculosis treatment, related to aspects of program

vulnerability through scores of adhesion markers in the city of Campina Grande - Paraíba. **Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, developed in the city of Campina Grande - Paraíba, with 39 patients with tuberculosis. Data were collected in March 2015 through a structured interview, applied to the reference outpatient clinic for tuberculosis or the residence of the patient, with instrument membership application containing 32 markers. Descriptive analysis was performed using 12 markers expressing programmatic vulnerability elements, divided into two areas: structure and dynamic aspects of the organization of health services, and implementation of actions. **Results:** We observed similar patterns of distribution of scores in the two axes of analysis, with higher medians and larger variations to score 3. The more markers that had score 1, implying low potential accession, were 'receiving home visit " time to get diagnosed 'and' difficulty in treatment in relation to support the health service '. The more positive contribution on the potential accession, score 3, were the markers for the bond. **Conclusion:** Markers that showed weaknesses require the intervention of managers and professionals, so that the improvement in the score repercussions of these markers in the improvement of all the others, and thus raise the potential membership and contribute to the healing of the sick.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Health Vulnerability. Therapeutics. Medication Adherence.

INTRODUÇÃO

As importantes mudanças no tratamento da Tuberculose (TB) foram decorrentes de avanços tecnológicos relacionados à descoberta de insumos de prevenção, tratamento e cura[1]. Paradoxalmente às conquistas, a TB persiste como um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo. No Brasil, o número de infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* é cerca de 57 milhões de pessoas, colocando o país na 16ª posição no ranking dos 22 países que concentram 80% da carga da doença[2,3]. Em 2014, o número de casos novos diagnosticados no país foi de 67.966 casos, resultando no coeficiente de incidência de 33,5 casos de TB para cada 100.000 habitantes[2].

Um dos maiores obstáculos que dificultam o controle da TB é a multirresistência às drogas, resultante de tratamento inadequado ou abandono do mesmo[4], e o maior desafio atual é encontrar soluções eficazes que facilitem a adesão ao tratamento[5-8]. Além de afetar as condições clínicas do doente, a não-adesão ao tratamento afeta sua qualidade de vida, agrava a doença, prolonga a infecciosidade e acarreta a necessidade de procedimentos mais complexos e de custos mais elevados[6,8].

A adesão ao tratamento é um importante fator para os desfechos da doença, sobretudo a cura ou abandono[9,10]. As altas taxas de adesão ao tratamento repercutem em altos percentuais de cura, e funcionam como indicativo da qualidade do serviço de saúde prestado,

traduzindo o cumprimento de protocolos e o nível positivo de competência da equipe de saúde[9].

Fenômeno complexo, multicausal e dinâmico, a adesão ao tratamento extrapola os aspectos clínicos e biológicos, compreendendo o processo saúde/doença em sua produção histórica e social, incluindo a totalidade dos fenômenos que compõem a realidade social[4,6,7,11]. Assim, a concepção metodológica da adesão ao tratamento busca identificar os aspectos que proporcionam peculiaridades e especificidades na sua interpretação, revelando potenciais para a consecução do tratamento[12].

A decisão em aderir ao tratamento envolve questões que vão além da ingestão regular dos medicamentos, resulta da interação de diversos fatores e envolve circunstâncias desafiadoras, que muitas vezes fogem do controle do doente[6,8,10,13]. A adesão implica em uma cadeia de responsabilidade compartilhada que envolve o doente, os profissionais de saúde, as perspectivas sociais e os serviços de saúde[6,7,8,14].

As peculiaridades e especificidades na interpretação da adesão às intervenções de saúde devem conectar três planos: o plano que se refere à concepção de saúde/doença da pessoa enferma; o plano relacionado ao lugar social ocupado pelo doente; e o plano que trata do processo de produção da saúde[12].

O terceiro plano refere-se ao processo de produção dos serviços de saúde, no qual são fundamentais tecnologias relacionais que possibilitem a captação das necessidades de saúde, o que é possível através da escuta qualificada, do vínculo que emana dos encontros, estabelecendo relações simétricas e não dominadoras, buscando a autonomia dos sujeitos na construção do projeto terapêutico[12].

Os principais aspectos dos serviços de saúde, relativos à dimensão programática da vulnerabilidade, que influenciam na adesão são: o acesso, a relação doente-profissional, as longas filas de espera, a distância do domicílio ao serviço, a disponibilidade de meio de transporte, o número de comprimidos, inacessibilidade e custo da medicação, e o tratamento diretamente observado, dentre outros[6,7].

O conhecimento dos fatores associados à adesão ao tratamento é de importância fundamental para o redirecionamento das estratégias que orientam as ações de saúde, com o escopo de potencializar a cura e a não disseminação da doença[7]. Nesse sentido, o presente estudo objetivou investigar os potenciais de adesão ao tratamento da tuberculose relacionados aos aspectos da vulnerabilidade programática, através dos escores dos marcadores de adesão, no município de Campina Grande – Paraíba.

MÉTODOS

Este estudo integra o 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 TB no Âmbito da Atenção Primária à Saúde, em duas regiões do Brasil: região Sudeste, município de São Paulo – SP, e região Nordeste, Campina Grande – PB.

Trata-se de um recorte transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Campina Grande – Paraíba, localizado a 133 Km da capital João Pessoa, sendo o segundo município mais populoso do estado, com população de 402.912 habitantes[15]. O município é considerado prioritário no controle da TB por atender a critérios estabelecidos pela nota técnica Nº15/2011 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS[16], e apresentou, em 2013, incidência de 39,9 casos novos de TB para cada 100.000 habitantes, com 13,1% da situação de encerramento como abandono[17].

A população do estudo foi composta por doentes com TB em tratamento anti-TB, diagnosticados no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. A amostra foi do tipo censitária, onde os 53 sujeitos representantes da população foram elegíveis para sua composição. Para a inclusão, foram adotados como critérios: ter idade igual ou superior a 18 anos, residir no município de Campina Grande-PB, ter capacidade de comunicação oral e compreensão preservadas, e está com pelo menos 30 dias tratamento anti-TB no período da coleta de dados. Foram excluídos os doentes institucionalizados em sistema prisional e os institucionalizados em sistema hospitalar fora do município de Campina Grande – PB. Após considerar os critérios de inclusão e exclusão, a amostra ficou composta por 39 participantes.

Os dados foram coletados no mês de março de 2014 por meio de uma entrevista estruturada, realizada no ambulatório municipal de referência em TB, durante a espera do doente pela consulta médica ou no comparecimento para a ingestão observada dos medicamentos, ou ainda no domicílio do doente conforme conveniência deste.

O instrumento aplicado, já validado para ser adotado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)[18,19], era constituído de duas partes: a primeira referente à caracterização dos participantes, a aspectos socioeconômicos, demográficos, relativos ao processo saúde-doença e ao resultado do tratamento; a segunda contendo 32 marcadores de adesão, de acordo com cinco dimensões: condições de vida, contextos vulneráveis, processo saúde-doença, tratamento e serviços de saúde.

O conceito de marcadores de adesão estrutura-se em sinalizadores qualitativos de elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento; funcionando como "sentinelas de alarme" com potencial para disparar intervenções apropriadas[19]. Desta forma, para cada marcador há 03 possibilidades de respostas que são relacionadas a escores 1, 2 ou 3. Os escores mais baixos sinalizam menores potenciais para a adesão ao tratamento.

Neste artigo foram selecionados como unidades de análise os marcadores que expressavam elementos da vulnerabilidade programática, totalizando 12 marcadores, os quais eram relativos às dimensões processo saúde-doença, tratamento e serviço de saúde; e foram analisados de acordo com dois eixos: aspectos de estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde, e operacionalização das ações. O quadro 1 apresenta os marcadores que compõem cada eixo e os respectivos escores.

Os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* 2003, sendo realizada a análise descritiva, com cálculos das frequências absolutas e relativas dos escores para os 12 marcadores. Foram construídos gráficos de box-plot para cada um dos eixos de análise, de forma a permitir a observação da dispersão, em cada um deles, das freqüências relativas dos escores do conjunto de seus marcadores.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, sob o parecer de nº 34560114.7.2001.5187.

Quadro 1 – Marcadores programáticos de adesão ao tratamento da tuberculose.

Eixo de Análise	Marcador	Respostas	Escores
Aspectos de estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde	Condição de tratamento	Recidiva / Retratamento Abandono / Falência	1
		Transferência	2
		Caso Novo	3
	Modalidade de tratamento	Auto-administrado	1
		Tratamento diretamente observado em até 3 vezes por semana	2
		Tratamento diretamente observado em até 5 vezes por semana	3
	Dificuldades no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde[a]	Não há apoio	1
		Algumas vezes, apoio dos profissionais e incentivos	2
		Sempre, apoio dos profissionais e incentivos	3
	Tempo gasto para ir até a Unidade de Saúde	>1 hora	1
		30-60 minutos	2
		< 30 minutos	3
	Tempo gasto para ser atendido na Unidade de Saúde	>1 hora	1
		30-60 minutos	2
		< 30 minutos	3

Operacionalização das ações	Número de serviços procurados para o estabelecimento do diagnóstico	≥ 3 Unidades de Saúde	1
		2 Unidades de Saúde	2
		1 Unidade de Saúde	3
	Tempo para receber o diagnóstico	>1 mês	1
		16-30 dias	2
		≤ 15 dias	3
	Sentir-se que é ouvido[b]	Não é ouvido	1
		Algumas vezes é ouvido	2
		Sempre é ouvido	3
	Ser atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o tratamento[b]	Nunca	1
		Algumas vezes	2
		Sempre	3
	Freqüência em que recorre aos serviços de saúde em caso de dúvidas[b]	Nunca	1
		Algumas vezes	2
		Sempre	3
	Intenção sobre a continuidade da realização do tratamento na Unidade de Saúde	Gostaria de fazer o tratamento em outra Unidade de Saúde	1
		Algumas vezes gostaria de fazer o tratamento em outra Unidade de Saúde	2
		Gostaria de continuar o tratamento na mesma Unidade de Saúde	3
	Recebimento de visita domiciliária	Nunca	1
		Uma única vez	2
		Algumas vezes	3

[a] Inclui os incentivos, e tempo gasto para ser atendido na UBS.
[b] Aspectos referentes ao vínculo e acolhimento na Unidade de Saúde.

RESULTADOS

No eixo da estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde, o marcador que teve o escore 1 como o mais frequente foi ‘dificuldade no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde’; e para os marcadores ‘tempo gasto para ir até a Unidade de Saúde’ e ‘tempo para ser atendido na Unidade de Saúde’, o escore 3 foi o de maior percentual. Apesar da condição de tratamento mais presente ter sido “caso novo”, opção que representa o escore 3, o retratamento após abandono também foi merece ser citado, pois apresentou percentual de 12,8%, e essa situação, que é expressa pelo escore 1, configura alta vulnerabilidade à não adesão ao tratamento (tabela 1).

Quanto ao eixo da operacionalização das ações, os marcadores ‘recebimento de visita domiciliária’ e ‘tempo para receber o diagnóstico’ foram os mais vultosos para o escore 1, ao passo que ‘ser atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o tratamento’ e ‘intenção sobre a continuidade da realização do tratamento da Unidade de Saúde’ foram os marcadores com mais escore 3 (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos marcadores programáticos de adesão ao tratamento em relação aos escores, Campina Grande - PB, Brasil, 2015.

Eixo de Análise	Marcador	N	Escores					
			1		2		3	
			N	%	N	%	N	%
Aspectos de estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde	- Condição de tratamento	39	5	12,8	0	0	34	87,2
	- Modalidade de tratamento	39	18	46,1	15	38,5	6	15,4
	- Dificuldades no tratamento em relação ao apoio do serviço de saúde	39	29	74,4	1	2,6	9	23,1
	- Tempo gasto para ir até a Unidade de Saúde	39	2	5,1	6	15,4	31	79,5
	- Tempo gasto para ser atendido na Unidade de Saúde	39	3	7,7	1	2,6	35	89,7
Operacionalização das ações	- Número de serviços procurados para o estabelecimento do diagnóstico	39	15	38,5	17	43,6	7	17,9
	- Tempo para receber o diagnóstico	39	21	53,8	6	15,4	12	30,8
	- Sentir-se que é ouvido	39	3	7,7	7	17,9	29	74,4
	- Ser atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o tratamento	39	0	0	3	7,7	36	92,3
	- Freqüência em que recorre aos serviços de saúde em caso de dúvidas	39	6	15,4	6	15,4	27	69,2
	- Intenção sobre a continuidade da realização do tratamento na Unidade de Saúde	39	4	10,3	0	0	35	89,7
	- Recebimento de visita domiciliária	39	22	56,4	3	7,7	14	35,9

Pelos box-plots (figura 1), observou-se, para os dois eixos em análise, medianas mais elevadas e maiores variações no escore 3; o escore 2 foi o mais conciso e com menor variação, sugerindo o direcionamento dos marcadores para o escore 1 ou 3, porém apresentando dispersão para marcadores específicos, visualizados por *outliers* relativos aos marcadores ‘modalidade de tratamento’ no gráfico a e ‘número de serviços procurados para o estabelecimento do diagnóstico’ no gráfico b. O escore 1, apesar de apresentar medianas inferiores a 20%, apresenta grande variabilidade na distribuição das frequências, podendo chegar a valores próximos a 80%, demonstrando a necessidade de intervenção nesses marcadores, para a elevação de seus escores.

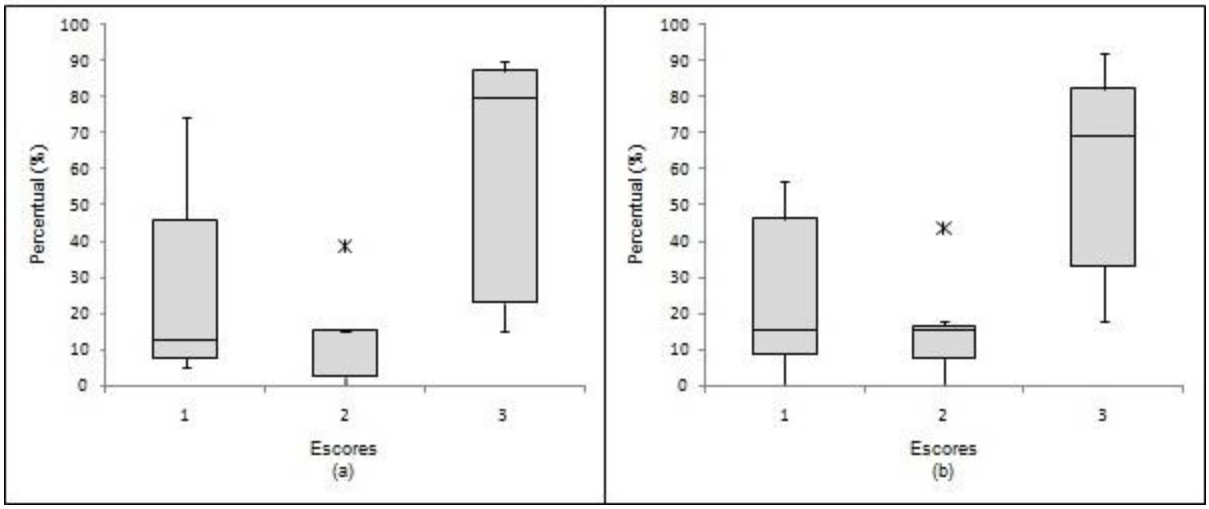

Figura 1: Distribuição do percentual de freqüência dos escores dos marcadores, relativos aos eixos: aspectos de estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde (a) e operacionalização das ações (b).

DISCUSSÃO

A estrutura e dinâmica da organização dos serviços de saúde propiciam as condições necessárias para que as necessidades de saúde dos indivíduos sejam satisfeitas, dessa forma interferem nos potenciais de adesão ao tratamento da tuberculose, constituindo-se em elementos de vulnerabilidade programática, que potencializam ou fragilizam o processo. Neste eixo, os marcadores ‘tempo gasto para ir até a Unidade de Saúde’ e ‘tempo para ser atendido na Unidade de Saúde’ foram os que apresentaram maiores freqüências no escore 3, indicando potencial positivo para adesão ao tratamento da TB.

A redução no tempo de espera para a consulta é um reflexo da melhor organização dos serviços de saúde e do atendimento dos profissionais[9]. Muitas vezes, apesar de ter esse tempo otimizado, há incompatibilidade entre o horário de funcionamento dos serviços de saúde e a disponibilidade de tempo do usuário, causando absenteísmo[6].

É comum acreditar também, que a distância do serviço de saúde é um fator dificultador da adesão ao tratamento. Munro e colaboradores[6] observaram maior regularidade no tratamento entre os usuários que moravam próximos à unidade de saúde. No entanto, no tocante a adesão ao tratamento da tuberculose, muitos estudos já apontam para a direção oposta, pois muitas vezes o doente prefere tratar longe do domicílio, por se sentirem mais confortáveis e incorrerem menos risco de sofrerem o estigma da doença na vizinhança[9,20].

Por outro lado, a realização do tratamento da TB em um serviço de saúde distante pode dificultar a operacionalização das ações, a exemplo da visita domiciliária, a qual obteve

percentual de freqüência elevado no escore 1. E quando esta ação acontecia, resumia-se a visita do agente de saúde, ficando os demais profissionais de saúde à parte do processo. Tal fato retrata a fragilidade na realização da visita domiciliária aos doentes de TB no município de Campina Grande.

Em estudo de Hino e colaboradores[10], a visita domiciliária foi reconhecida com necessidade de saúde pelos profissionais de saúde e pelos doentes com TB. É ela, o meio que possibilita conhecer o contexto familiar do indivíduo, fortalece o vínculo entre a equipe de saúde, o doente e sua família, permitindo o cuidado contínuo, sendo importante para detectar aspectos que possam dificultar ou impedir a consecução do tratamento de forma adequada[9,10].

Observa-se ainda que o bom vínculo e a relação com os profissionais de saúde são preponderantes, em relação à acessibilidade geográfica, na escolha pelo serviço de saúde[7]. Neste estudo, o vínculo foi avaliado pelos marcadores ‘sentir-se que é ouvido’, ‘ser atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o tratamento’ e ‘frequência em que recorre aos serviços de saúde em caso de dúvidas’; todos apresentaram elevados percentuais no escore 3, retratando potencialidades para adesão ao tratamento da tuberculose.

A formação de vínculo entre a equipe de saúde, o doente e sua família, é fundamental para a compreensão da doença e do tratamento, assim como da importância do cuidado com a saúde[10]. Supõe-se que quanto mais conhecimento sobre o processo saúde/doença, maiores são as chances de adesão ao tratamento[5].

O estabelecimento de vínculo constitui um elemento básico do processo terapêutico e facilitador da assistência à TB[10]. Está relacionado à prática de cuidados, traduzidos em atitudes de preocupação, interesse e atenção. E quando o doente sente-se valorizado, há o reconhecimento dos profissionais de saúde como parceiros na recuperação de sua saúde, e conseqüente estímulo à adesão terapêutica[1,7].

Além do vínculo, a adesão ao tratamento da TB relaciona-se com o fornecimento de incentivos do tipo cesta básica, vale transporte e auxílio doença[4,8,9,13]. Estes aspectos representaram fragilidades para a realidade estudada, apresentando freqüência elevada no escore 1.

Algumas vezes, as falhas na oferta desses incentivos são tão grandes que exigem a reorientação da operacionalização das ações para viabilizar o seguimento do tratamento. A experiência, relatada por Cruz e colaboradores[11], exemplifica esse tipo de situação, onde a falta de distribuição do vale-transporte inviabilizou a realização do TDO, havendo então a mudança para o tratamento autoadministrado, de forma a garantir a continuidade do tratamento.

O TDO é a modalidade de tratamento que constitui um importante elemento para potencializar a adesão ao tratamento. Além de garantir que as drogas sejam ingeridas corretamente, o TDO possibilita a aproximação do contexto social dos indivíduos e o estabelecimento do vínculo[6,7]. Na realidade em estudo, este marcador representa um importante ponto a ser potencializado, já que apresentou elevada freqüência na modalidade auto-administrada (escore 1) ou supervisionada em até três vezes por semana (escore 2). É importante que essa modalidade seja reforçada e aprimorada para a condição que determina o escore 3.

A condição de tratamento é outro importante marcador que merece atenção. As percepções negativas adquiridas pela experiência de tratamento anterior para TB podem resultar em atitudes comportamentais, que elevam as probabilidades de interromper o tratamento ou aderir em níveis insatisfatórios[7,8].

Marcadores que apresentaram fragilidades no eixo de operacionalização das ações foram ‘número de serviços procurados para o estabelecimento do diagnóstico’ e ‘tempo para receber o diagnóstico’, que pelos escores apresentados sugerem que os doentes estão traçando trajetórias pouco eficientes para o diagnóstico da TB e conseqüente tempo prolongado para o estabelecimento do diagnóstico. A demora no diagnóstico de TB retarda o início do tratamento, e representa um potencial negativo para a consecução do mesmo[7].

CONSIDERAÇÕES

Não é possível prever a adesão somente pelo comportamento do doente, mas através da compreensão do fenômeno de vivência e inter-relações no qual se desenvolve o processo de tratamento. No tocante aos aspectos programáticos, foi possível perceber que os marcadores que sinalizam o potencial de adesão estão interligados, de forma que a melhoria de um deles repercute na melhoria de outros.

Os dois eixos analisados apresentaram perfis semelhantes, não sinalizando a necessidade de ações focadas especificamente para um deles. Os marcadores apresentaram também tendências de pouca variabilidade nos escores, o que pode ser reflexo do modelo centralizador da assistência a TB no município.

As fragilidades evidenciadas em marcadores exigem a necessidade de intervenção, a exemplo da realização da visita domiciliária e do apoio dos serviços de saúde, com concessão de benefício do tipo cesta básica e vale transporte. Ao passo que, os marcadores que revelaram potenciais positivos para a adesão, a exemplo dos que refletiam o vínculo, devem

ser estimulados e reforçados, de forma a manterem esse aspecto benéfico e multiplicados para os demais serviços de saúde.

Para melhoria do retrato dos marcadores é essencial que os serviços de saúde se estruturem de forma ampla e descentralizada para atender as necessidades de saúde dos doentes. Faz-se indispensável à sensibilização dos gestores para a problemática, direcionando estratégias específicas e reorientando a organização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figeiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev. Esc Enferm. USP*. 2010; 44(4): 904-911. DOI: 10.1590/S0080-62342010000400007

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Brasília (DF); 2015; 46(9).

3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Tuberculosis Report 2013*, 2013. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf. Acesso em: 06 set. 2014.

4. 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): 1-8. DOI: 10.1590/S0104-11692012000200021

5. Costa SM, Mendoza-Sassi RA, Teixeira TP, Leivas VA, Cézar-Vaz MR. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 1427-1435.

6. Munro AS, Lewin AS, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patiente adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *Plos Medicine*. 2007; 4(7): 1230-1245.

7. Neves LAS, Reis RK, Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev. esc enferm. USP*. 2010; 44(4):113-1141. DOI: 10.1590/S0080-62342010000400041

8. Filho MPS, Luna IT, Silva HL, Pinheiro PNC. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfecção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Rev gaúcha enferm.* 2012; 33(2): 139-145.

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

10. 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. Enfermagem*. 2012; 20(1): 1-9.

11. Cruz MM, Cardoso GCP, Abreu DMF, Decotelli PV, Chrispim PP, Borenstein JS, Santos EM. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*. 2012; 20(2): 217-224.

12. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, Guanillo MCLTU, Pereira E. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Rev. esc. Enferm. USP*. 2009; 43(2):1326-1330. DOI: 10.1590/S0080-62342009000600031

13. Gebremariam MK, Bjune GA, Frich JC. Barriers and facilitators of adherence to TB treatment in patients on concomitant TB and HIV treatment: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2010; 10(651):1-9.

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

15. IBGE – *INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA*, 2014.

16. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota técnica nº15 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS: definição de critérios para a priorização de municípios no controle da tuberculose no Brasil. Diário Oficial da União. 2011.

17. SINAN NET - *SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO* (online). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def Acesso em: 11/06/2015.

18. Bertolozzi MR. Contribuição ao fortalecimento da capacidade de resposta à Tuberculose no âmbito do Pacto pela Vida: validação de indicadores de adesão ao tratamento [Relatório Científico - CNPq edital 34/2008 – Tema: Tuberculose] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP – UPS; 2010.

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

20. 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.

5.2 ARTIGO 2

TRAJETÓRIA E TEMPO PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: IMPLICAÇÕES NA ADESÃO AO TRATAMENTO

PATH AND TIME FOR THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS: IMPLICATIONS IN TREATMENT TO MEMBERSHIP

RESUMO

Objetivo: Analisar a trajetória percorrida, do primeiro serviço de saúde procurado ao estabelecimento do diagnóstico de tuberculose, e o tempo para receber o diagnóstico, relacionando com a adesão ao tratamento. **Métodos:** Estudo transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Campina Grande – Paraíba. A amostra foi composta por 39 doentes com tuberculose em tratamento. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista estruturada, realizada no ambulatório de referência em tuberculose ou na residência do doente, durante o mês de março de 2015. O tempo para receber o diagnóstico foi considerado marcador de adesão ao tratamento, que funciona como sinalizador qualitativo de potenciais para consecução. Cinco variáveis compuseram a trajetória diagnóstica. Foi realizada a análise descritiva e análise fatorial de correspondência múltipla, com cálculos das dimensões derivadas e construção do plano fatorial. **Resultados:** A principal porta de entrada foi o Hospital, e o Serviço Municipal de Saúde Referência em tuberculose foi o que mais diagnosticou. Dos doentes, 82,1% recorreram a dois ou mais serviços de saúde e 53,8% tiveram atraso do diagnóstico. No plano espacial, estruturado em duas dimensões, extraiu-se dois grupos principais: um com alta vulnerabilidade à não adesão ao tratamento, composto por aqueles que recorreram a 3 ou mais serviços, procuraram Consultório Médico Privado ou o Hospital como primeiro serviço e tiveram o diagnóstico em período superior a um mês; e outro com baixa vulnerabilidade, composto pelos que recorreram primeiramente ao Serviço Municipal de Saúde Referência em Tuberculose, procuraram apenas um serviço e tiveram a definição diagnóstica em período inferior a 15 dias. **Conclusões:** Ações estratégicas para reforçar a suspeição clínica da tuberculose são necessárias, atreladas ao fortalecimento da estratégica saúde da família e a ajustes das fragilidades do fluxo assistencial, para garantir o diagnóstico oportuno ao doente e maximizar os potenciais de adesão ao tratamento da doença.

DESCRITORES: Tuberculose. Diagnóstico Tardio. Terapêutica. Adesão à Medicação.

ABSTRACT

Objective: Analyze the path traveled, the first health service sought to establish the diagnosis of tuberculosis, and the time to get diagnosed, relating to compliance. **Methods**: Cross-sectional study with a quantitative approach, developed in the city of Campina Grande - Paraíba. The sample consisted of 39 patients with tuberculosis being treated. Data were collected through a structured interview, held at the reference outpatient clinic for tuberculosis or the residence of the patient, during the month of March 2015. The time to receive the

diagnosis was considered a marker of treatment adherence, which functions as flag qualitative potential for achievement. Five variables were included in the diagnostic path. A descriptive analysis and factor analysis of multiple correspondence with calculations derived dimensions and construction of the factorial plan was carried out. **Results:** The main entrance door was the Hospital and the Municipal Health Service Reference in tuberculosis was the most diagnosed. Of the patients, 82.1% used two or more health services and 53.8% had delayed diagnosis. In the spatial plan, structured in two dimensions, extracted two main groups: one with high vulnerability to non-adherence to treatment, consisting of those who resorted to three or more services, sought Private Doctor or Hospital as the first service and had diagnosis in a period exceeding one month; and one with low vulnerability, composed by those who resorted first to the Municipal Health Service Tuberculosis Reference sought only a service and had the diagnostic definition in less than 15 days. **Conclusions:** Strategic actions to strengthen the clinical suspicion of TB are needed, linked to the strengthening of the strategic health of the family and the adjustments of the weaknesses of the care flow, to ensure timely diagnosis to the patient and maximize the potential of adherence to treatment of the disease.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Delayed Diagnosis. Therapeutics. Medication Adherence.

INTRODUÇÃO

Os indicadores de incidência e de mortalidade da tuberculose (TB) decaíram nos últimos anos, no entanto, a doença permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo[1]. Entre as principais estratégias para o controle da TB, a eliminação da fonte de infecção na comunidade é fundamental para interromper a cadeia de transmissão do agravo[2].

Estima-se que um terço da população mundial esteja infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis,* principal agente infeccioso da TB em humanos[3]. No Brasil, o número de infectados gira em torno de 57 milhões de pessoas, situação que coloca o país na 16ª posição, dentro do grupo dos 22 países que concentram 80% da carga mundial da TB[4].

Os indivíduos infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* estão em risco de desenvolver TB ativa[3]. Uma vez doente, o indivíduo se torna fonte de infecção, e infecta de dez a quinze pessoas anualmente[5]. E assim o ciclo de transmissão se perpetua, até que a fonte primária seja diagnosticada, inicie o tratamento e deixe de ser infectante.

A manutenção das taxas de incidência e prevalência da TB é resultante não só das condições que possibilitam vulnerabilidade ao adoecimento, mas também da demora em realizar o diagnóstico da doença[2]. Essa demora eleva o risco de transmissão da doença, aumenta o grau de debilidade do doente e diminui a chance de cura, representando prejuízos ao indivíduo e a comunidade[6,7,8]. As implicações também atingem a gestão pública, a qual terá que administrar um quadro complexo e oneroso[8].

No nível da atenção à saúde, o melhor recurso para interromper a cadeia de transmissão é a detecção precoce e o tratamento dos casos[9,10]. O tempo para o diagnóstico configura-se como um marcador programático de adesão ao tratamento, ao sinalizar elementos de vulnerabilidade, e subsidia intervenções apropriadas que auxiliam na condução do processo de adesão ao tratamento, contribuindo para a cura dos casos e controle da doença[a].

No Plano Stop-TB/OMS de controle mundial de TB para 2006-2015 nos países em desenvolvimento, entre as estratégias prioritárias estava previsto o aumento da detecção de casos de TB nos diferentes cenários socioeconômicos e clínico-epidemiológicos[11,12]. No entanto, a taxa de casos novos diagnosticados entre as formas clínicas permanece baixa, estando em valores entre 40 a 60% a nível mundial e em torno de 55% no Brasil[13].

A incipiência na identificação de novos casos de TB estabelece relação com o tempo do atraso do diagnóstico, que pode ser de dois tipos: um relacionado ao doente e o outro ao serviço de saúde[7,10,13]. O primeiro relaciona-se ao tempo que o doente demora a procurar os serviços de saúde a partir do aparecimento dos primeiros sintomas; o segundo é o tempo transcorrido desde a primeira consulta até a data do diagnóstico. Neste último, não há consenso no tempo que se considera como atraso do diagnóstico da TB, variando de 6 dias a 39 dias, sendo a média adotada em produções científicas de 30 dias entre a primeira consulta e a definição diagnóstica[8,10].

Esclarecimentos detalhados sobre o retardo no diagnóstico da TB são escassos no Brasil[2,13]. Levantamento bibliográfico realizado por Ponce et al. (2013) [14], nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, referente ao período de 2007 a 2011, localizou 175 artigos, e destes apenas 10% abordavam o desempenho dos serviços e programas para o diagnóstico da TB. Por isso, estudos relativos ao diagnóstico precoce encontram-se no bojo de prioridades para pesquisas operacionais em TB[13].

Nessa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo analisar a trajetória percorrida pelo usuário, desde o primeiro serviço de saúde procurado até o estabelecimento do diagnóstico de tuberculose, e o tempo para receber o diagnóstico, relacionando com a adesão ao tratamento, no município de Campina Grande – Paraíba.

---

[a] CAVALCANTE, E.G.R. Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose: uma proposta para a atenção primária à saúde. **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP,**São Paulo,Tese de Doutorado, 2012.

MÉTODOS

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. Trata-se de um recorte transversal, descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Campina Grande – Paraíba.

Campina Grande é o segundo município mais populoso do estado, possui 94 Equipes de Saúde da família, distribuídas em 88 Unidades Básicas, equivalente a uma cobertura de cerca de 85,0%, o que potencializa a descentralização das ações para o âmbito da atenção primária à saúde. Entretanto, o acompanhamento dos casos acontece, em sua maioria, no Ambulatório de Referência de Tuberculose (SMS Referência em TB), serviço de nível secundário de atenção que deveria prioritariamente acompanhar casos de difícil controle, potenciais complicações da tuberculose, co-infecção TB-HIV, multidrogarresistência, entre outros.

A população do estudo constituiu-se dos doentes com TB em tratamento anti-TB, diagnosticados no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. A amostra, do tipo censitária, teve como elegíveis os 53 doentes com TB. Foram adotados como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, residentes no município de Campina Grande-PB, com capacidade de comunicação oral e compreensão preservadas, que estavam com pelo menos 30 dias de tratamento anti-TB no período da coleta de dados. Foram excluídos os doentes institucionalizados em sistema prisional e os institucionalizados em sistema hospitalar fora do município de Campina Grande – PB. Após considerar os critérios de inclusão e exclusão, o estudo contou com uma amostra de 39 doentes.

Os dados foram coletados no mês de março de 2015 por meio de uma entrevista estruturada, realizada no SMS Referência em TB durante a espera pela consulta médica ou no comparecimento para a ingestão observada dos medicamentos, ou ainda no domicílio do doente. Foi aplicado um instrumento já validado para ser adotado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), que possibilita elucidar marcadores de adesão ao tratamento da TB[a,b].

---

[b] BERTOLOZZI, M.R. Contribuição ao fortalecimento da capacidade de resposta à Tuberculose no âmbito do Pacto pela Vida: validação de indicadores de adesão ao tratamento. Relatório Científico (CNPq edital 34/2008 – Tema: Tuberculose). **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2010.

Os marcadores de adesão são sinalizadores qualitativos de elementos de vulnerabilidade na adesão ao tratamento[a]. Neste estudo, utilizou-se o marcador programático "tempo para receber o diagnóstico", cujos valores 1, 2 e 3 são atribuídos conforme o tempo para o diagnóstico e representam alta, média e baixa vulnerabilidade à não adesão ao tratamento da tuberculose, respectivamente. O quadro 1 apresenta os escores do marcador e o tempo correspondente.

Quadro 1 – Descrição do marcador de adesão ao tratamento "tempo para receber o diagnóstico", Campina Grande - PB, Brasil, 2015.

Marcador	**Tempo para a definição diagnóstica**	**Escores**	**Vulnerabilidade à não adesão**
Tempo para receber o diagnóstico	>1 mês	1	Alta
	16-30 dias	2	Média
	< = 15 dias	3	Baixa

Além de configurar como um aspecto de alta vulnerabilidade à não adesão ao tratamento, o tempo igual ou superior a 30 dias entre a primeira consulta e a definição diagnóstica, é considerado como atraso no diagnóstico, conforme levantamento bibliográfico[8,10].

Para a construção dos elementos de análise, foram utilizadas as questões referentes à trajetória do doente em busca do diagnóstico da TB, compondo cinco variáveis: serviço que atuou como porta de entrada no sistema de saúde, número de serviços de saúde procurados até o estabelecimento do diagnóstico, serviço de saúde que confirmou o diagnóstico, contato familiar prévio com doente com TB, e tratamento prévio anti-TB.

Os dados foram tabulados utilizando-se uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* 2003, e transportados para o software R, versão 3.1.1, onde prosseguiu-se com as análises.

Foi realizada a análise descritiva, com cálculos dos valores absolutos e relativos, para as variáveis: serviço que atuou como porta de entrada no sistema de saúde, número de serviços de saúde procurados até o estabelecimento do diagnóstico, serviço de saúde que confirmou o diagnóstico, contato familiar prévio com doente com TB, e tratamento prévio anti-TB; em relação à variável tempo transcorrido desde a procura pelo primeiro serviço à definição do diagnóstico.

Aplicou-se, em seguida, a análise fatorial de correspondência múltipla buscando evidenciar associação ou similaridades entre os aspectos analisados. Para obter planos que representam a configuração das variáveis no espaço, foram calculadas dimensões derivadas, cada uma maximizando uma parcela da variabilidade dos dados.

Foram seguidas as diretrizes, normas e princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos emanados pela Resolução nº 466/2012. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, sob protocolo CAAE nº34560114.7.2001.5187.

RESULTADOS

A principal porta de entrada para o diagnóstico da TB foram os Hospitais e a UPA, representando a escolha de 30,8% e 23,1% dos participantes, respectivamente. O atraso no diagnóstico foi verificado em 58,3% dos que recorreram ao hospital e em 44,4% daqueles que procuraram a UPA. A ESF foi procurada por 15,4% dos pacientes como primeiro serviço, e 50% destes aguardaram mais de trinta dias para receber o diagnóstico. Já entre os que procuraram o SMS Referência em TB como primeiro serviço (12,8% dos doentes), apenas 20% obtiveram o diagnóstico com atraso e 80% o receberam em um período inferior a 15 dias. Consultórios médicos privados foram outros serviços que funcionaram como porta de entrada para o diagnóstico de TB, nestes casos, o atraso do diagnóstico foi verificado em 85,7% dos casos (tabela 1).

A maioria dos participantes (82,1%) procurou dois ou mais serviços de saúde para receber o diagnóstico de TB, e para 53,8% dos doentes houve atraso no diagnóstico. Dos que procuraram apenas um serviço (17,9%), apenas 14,3% destes tiveram atraso no diagnóstico enquanto a maior parte (85,7%) obtiveram o diagnóstico em um período inferior a 15 dias (tabela 1).

No tocante a confirmação diagnóstica, a maior parte dos doentes (61,5%) teve o diagnóstico de TB confirmado pelo SMS Referência em TB, porém, 54,2% destes aconteceram com atraso. A UPA, a ESF e Hospitais foram serviços que também confirmaram o diagnóstico de TB (tabela 1).

Em relação ao contato familiar prévio com doente com TB, o atraso no diagnóstico foi verificado em 50% entre os que afirmaram ter tido contato prévio e em 55,2% entre os que não tinham história de contato. Para os doentes com tratamento prévio anti-TB, 33,3%

tiveram a definição do novo diagnóstico de TB após 30 dias, ao passo que o percentual se eleva para 57,6% entre os que estavam em tratamento pela primeira vez (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do tempo para receber o diagnóstico em relação às variáveis referentes aos serviços de saúde e à história do contato prévio com a tuberculose, Campina Grande - PB, Brasil, 2015.

				Tempo para a definição diagnóstica					
		N	**%**	>1 mês		16-30 dias		< = 15 dias	
				N	%	N	%	N	%
Primeiro serviço Procurado	SMS referência TB	**5**	**12,8**	1	20	0	0	4	80
	UPA	**9**	**23,1**	4	44,4	1	11,1	4	44,4
	ESF	**6**	**15,4**	3	50	1	16,7	2	33,3
	Hospital	**12**	**30,8**	7	58,3	4	33,3	1	8,3
	Consultório médico privado	**7**	**17,9**	6	85,7	0	0	1	14,3
Total		**39**	**100**	**21**	**53,8**	**6**	**15,4**	**12**	**30,8**
Número de serviços procurados	1 serviço	**7**	**17,9**	1	14,3	0	0	6	85,7
	2 serviços	**17**	**43,6**	7	41,2	4	23,5	6	35,3
	3 ou mais serviços	**15**	**38,5**	13	86,7	2	13,3	0	0
Total		**39**	**100**	**21**	**53,8**	**6**	**15,4**	**12**	**30,8**
Serviço que confirmou diagnóstico	SMS referência TB	**24**	**61,5**	13	54,2	4	16,7	7	29,2
	UPA	**1**	**2,6**	0	0	0	0	1	100
	ESF	**5**	**12,8**	2	40	2	40	1	20
	Hospital	**9**	**23,1**	6	66,7	0	0	3	33,3
Total		**39**	**100**	**21**	**53,8**	**6**	**15,4**	**12**	**30,8**
Contato familiar prévio com doente com TB	Sim	**10**	**25,6**	5	50	2	20	3	30
	Não	**29**	**74,4**	16	55,2	4	13,8	9	31
Total		**39**	**100**	**21**	**53,8**	**6**	**15,4**	**12**	**30,8**
Tratamento prévio anti-TB	Sim	**6**	**15,4**	2	33,3	0	0	4	66,7
	Não	**33**	**84,6**	19	57,6	6	18,2	8	24,2
Total		**39**	**100**	**21**	**53,8**	**6**	**15,4**	**12**	**30,8**

A aplicação da análise fatorial de correspondência múltipla reduziu em duas dimensões, de valores próprios 2,793 e 1,845, respectivamente (tabela 2). A dimensão 1, explicou 46,5% do comportamento dos dados, e foi composta pelas variáveis número de serviços, primeiro serviço e tempo para receber o diagnóstico. A dimensão 2, constituída

principalmente pela variável primeiro serviço procurado, explicou 30,8% do comportamento das variáveis no espaço.

Tabela 2 – Medidas de discriminação

	Dimensão	
	1	**2**
	Valor Próprio: 2,793 Inércia: 46,5%	Valor Próprio: 1,845 Inércia: 30,8%
Número de serviços procurados	0,833	0,434
Primeiro serviço procurado	0,793	0,571
Serviço confirmou diagnóstico	0,144	0,333
Tempo receber diagnóstico	0,541	0,166
Familiar acometido	0,095	0,294
Tratamento prévio anti-TB	0,387	0,046

Da construção do plano fatorial (figura 1), observa-se no lado positivo da dimensão 1, compondo o quadrante IV, o grupo composto pelos participantes que obtiveram o diagnóstico em período superior a 1 mês, recorreram a 3 ou mais serviços para obter o diagnóstico e procuraram o consultório médico privado ou o Hospital como primeiro serviço. A associação destas características pode ser considerada como condições que favorecem o atraso no diagnóstico da TB, resultando em alta vulnerabilidade à não adesão ao tratamento.

No lado negativo da dimensão 1, observa-se um grupo formado por diagnóstico estabelecido em período inferior a 15 dias, ter recorrido a apenas um serviço de saúde e ter procurado a UPA ou o SMS referência em TB como porta de entrada no sistema de saúde. No entanto, essas características não formam um grupo conciso, estando dispersas nos quadrantes II e III, sugerindo uma associação frágil. Neste grupo, também estão inseridas as características de adoecimento prévio e familiar acometido pela TB.

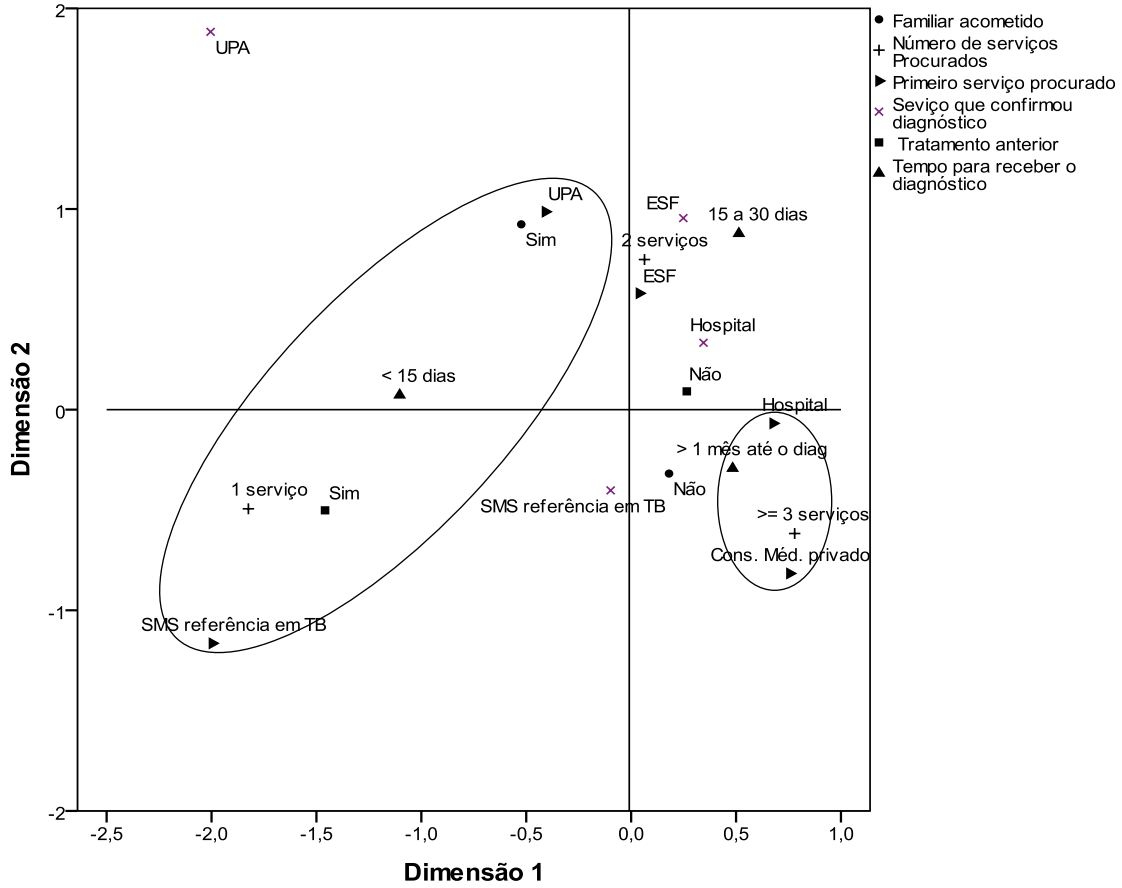

Figura 1: Plano fatorial de ordenação das variáveis.

DISCUSSÃO

O primeiro contato do doente com TB com o sistema de saúde é fundamental para garantir o acesso ao diagnóstico da doença, cuja obtenção pode estar relacionada ao tipo de serviço de saúde procurado pelo usuário como porta de entrada[7,14].

A principal porta de entrada para todas as necessidades de saúde das pessoas é a Atenção Primária (AP), sendo a ESF o serviço de contato preferencial dos usuários e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[15]. A TB deve ser uma das prioridades nos serviços de AP, e os doentes devem ter assegurados o diagnosticado da doença nesse nível de atenção[16].

Neste estudo, a porta de entrada preferencial para o diagnóstico da TB foram os Hospitais e a UPA, corroborando com os resultados de Campos, Fonseca, Passini (2013)[9] e Costa et al. (2012)[17]. Esta realidade contraria a organização hierarquizada do sistema de saúde, pois embora a UPA também seja considerada como porta de entrada para o sistema de

saúde, os Hospitais Públicos não são portas abertas e devem ter seu acesso condicionado a encaminhamentos de outros serviços de saúde, seja de nível primário ou secundário.

Essas opções de portas de entrada no sistema de saúde utilizadas pelos doentes com TB podem ser reflexos de fragilidades da ESF. Se as atividades do PCT fossem desenvolvidas com bom desempenho, em conformidade ao preconizado, a maioria dos pacientes, provavelmente, não necessitariam se deslocar à UPA ou Hospitais por complicações do quadro clínico e busca de diagnóstico.

Outra porta de entrada, cada vez mais frequente dos doentes de TB, são os consultórios médicos privados[7], os quais representaram a escolha de 17,9% dos doentes em estudo. No entanto, neste grupo se evidenciou o maior percentual de atraso no diagnóstico e nenhum dos casos de TB foram diagnosticados por essa categoria de serviço. Por existir uma forte associação entre a doença e a pobreza, e como a maioria dos pacientes que utilizam os serviços privados de saúde possui situação econômica favorável, os profissionais desse setor tem dificuldade de suspeitar e diagnosticar TB, mesmo diante de sintomas respiratórios sugestivos[7].

Autores afirmam que o fato de o doente ser atendido em serviço privado provoca retardo na definição do diagnóstico[7]. Por vezes, os profissionais que assistem nesse setor desconhecem a política de controle da TB, e conduzem os casos por fluxos assistenciais ineficientes, sendo necessário recorrer a vários serviços até a definição diagnóstica.

A incipiência na capacidade de diagnosticar precocemente a TB também foi evidenciada na ESF, onde metade dos doentes que procuraram este serviço como porta de entrada obtiveram o diagnóstico da TB com atraso. O estudo de Costa et al (2012)[17] demonstra o oposto, revelando que a ESF finalizava o diagnóstico de TB, em média, com 21 dias, não caracterizando atraso no diagnóstico. Por outro lado, estudo de Ponce et al (2013)[14] evidenciou que o atendimento na ESF em relação à TB, mostrava-se demorado, com atraso considerável, havendo a necessidade de três ou mais visitas ao serviço para a definição do diagnóstico da doença.

As dificuldades para diagnosticar a TB são comuns aos diversos serviços de saúde, relacionando-se com a baixa carga de suspeição clínica na presença de sintomas compatíveis com a doença[6,18,19], insuficiência na formação de profissionais quanto aos conhecimentos sobre a TB, dificuldade na realização de exames laboratoriais e radiológicos, e falta de investimento em uma política de saúde pública organizada[2,9,11,14].

Por isso, doentes com TB geralmente tem inúmeras passagens pela rede de saúde e são atendidos para outros agravos, permanecendo a TB oculta[9]. Os repetidos retornos aos

serviços de saúde em busca do diagnóstico resultam em diagnóstico tardio, ao contrário do que ocorre com aqueles casos evidenciados no primeiro serviço de saúde procurado[13].

Quando não realizado no primeiro serviço procurado, o diagnóstico da TB leva em média 56 dias para ser concluído por um segundo serviço de saúde, e eleva-se para cerca de 65 dias quando procurados um terceiro, quarto ou quinto serviço[17].

O tempo prolongado para a definição diagnóstica, associado a inúmeras idas aos serviços de saúde, amplia as situações de vulnerabilidade, trazendo implicações negativas para o processo de adesão ao tratamento. Desta forma, contribui para a manutenção dos elevados índices epidemiológicos da TB, seja de incidência, prevalência ou mortalidade.

No tocante a experiências pessoais, os indivíduos que apresentam recidiva de TB, tendem a procurar os serviços de referência, pois reconhecem o preparo e a agilidade desses em realizar o diagnóstico[14]. Por outro lado, se a experiência vivenciada durante o adoecimento prévio tiver sido negativa pela insatisfação dos atendimentos recebidos nos serviços de saúde, os doentes tendem a traçar trajetórias ineficientes e retardar o tempo para o diagnóstico[2]. No entanto, a relação da história prévia de adoecimento ou da existência de algum familiar anteriormente acometido pela TB com o tempo despendido para o diagnóstico ainda é pouco explorada no Brasil[2].

Nessa perspectiva, torna-se fundamental o fortalecimento de mecanismos de referência e contra-referência, bem como de integração e cooperação entre os serviços de saúde, facilitando o direcionamento do doente nos fluxos entre os níveis de atenção, inclusive entre os setores público e privado[7], contribuindo para a resolutividade do diagnóstico precoce da TB, potencializando a adesão ao tratamento da doença[18].

É imprescindível compreender o contexto integral no qual o doente está inserido, de forma a otimizar as ações governamentais estratégicas articuladas para o controle da TB, as quais são indispensáveis para aumentar a detecção dos casos, favorecer a adesão ao tratamento, reduzir os índices de resistência medicamentosa e garantir a cura do doente.

REFERÊNCIAS

1. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. *Ciên saúde coletiva.* 2011; 16(2): 669-675. DOI: 10.1590/S1413-81232011000200031

2. Wysocki AD, Ponce MAS, Scatolin BE, Andrade RLP, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. *Rev esc enferm USP*. 2013; 47(2): 440-447. DOI:10.1590/S0080-6234000200024

3. Piller RVB. Epidemiologia da Tuberculose. *Pulmão RJ.* 2012; 21(1):4-9.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Brasília (DF); 2015; 46(9).

5. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da descentralização do Programa de Controle da Tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados – MS. *Saúde Soc.* 2010;19(4): 794-802. DOI:10.1590/S0104-12902010000400007

6. 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(2): 1656-1660. DOI:10.1590/S0080-62342011000800003

7. 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. *Rev esc enferm. USP*. 2011; 45(4): 898-904. DOI: 10.1590/S0080-62342011000400015

8. 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 contexto-enferm.* 2012; 21(1): 17-25. DOI:10.1590/S0104-07072012000100002

9. Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileira. Que lições os profissionais poder tirar? *Cad. Saúde Coletiva*. 2012; 20(2): 188-194.

10. Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS. O atraso no diagnóstico da tuberculose. *J. res.: fundam care online*. 2013; 5(3): 174-180. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n3

11. Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde MB. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. *J. bras pneumol.* 2012; 38(2): 202-209. DOI: 10.1590/S1806-37132012000200009

12. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em

municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(3): 389-397. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000022

13. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAS, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(6): 461-468. DOI: 10.1590/S1020-49892012000600003

14. Ponce MAS, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Netto A et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(5): 945-954.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília(DF); 2012.

16. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes, RM, Sá LD. Villa TCS et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(2):144-157. DOI: 10.1590/S1415-790X2009000200005

17. Costa PV, Senna AL, Oliveira LGD, Siqueira RCAG, Figueiredo SP. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2010. *Cad. Saúde Coletiva*. 2012; 20(2): 195-202.

18. Andrade RLP, Scatolin BE, Wysocki AD, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6): 1149-1158. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004650

19. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controleda tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciên saúde coletiva.* 2005; 10(2): 315-321. DOI: 10.1590/S1413-81232005000200009

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os aspectos de vulnerabilidade programática sofrem influência direta da forma como se organizam os serviços de saúde. O município em estudo apresenta organização peculiar no tocante à atenção a TB, com o diagnóstico e acompanhamento do doente acontecendo de forma centralizada, preferencialmente no ambulatório municipal de referência a TB.

Esse modelo centralizador provoca pequena variabilidade na distribuição dos escores dos marcadores de adesão, ora tendendo para o valor 3, expressando avaliação positiva, ora para o valor 1, nos casos de avaliação negativa. Tal fato pode prejudicar a identificação dos perfis dos potenciais de adesão, pois parece não captar a realidade e experiência subjetiva de cada um dos sujeitos.

Os marcadores relativos ao vínculo/acolhimento apresentaram freqüência do escore 3 em torno de 80%. Tal fato marca um aspecto positivo, que é essencial para favorecer a adesão ao tratamento, no entanto, essa experiência bem sucedida não deve ser realidade de apenas um único serviço, e sim ser extrapolada aos demais serviços de saúde.

Ao fragilizar o vínculo do doente e família com os profissionais e os serviços de saúde da família responsáveis pelo território onde o doente reside, a centralização da assistência contribui de maneira negativa para adesão ao tratamento. Essa fragilidade pode ser revelada pela elevada freqüência do escore 1 para o marcador ‘recebimento de visita domiciliária’, demonstrando um afastamento dos profissionais de saúde da realidade vivenciada pelo doente.

A trajetória percorrida pelo doente para o diagnóstico também revela fragilidade na ESF, sendo o serviço pouco procurado pelos doentes como porta de acesso ao sistema de saúde, e quando procurado, apresentando baixa resolubilidade para o estabelecimento do diagnóstico da TB.

Trajetórias alternativas, estabelecidas conforme conveniência do doente, sem seguir fluxogramas e protocolos assistenciais, resultam em diagnóstico com atraso. Isso, além de contribuir para a manutenção dos elevados índices epidemiológicos de incidência, prevalência e mortalidade da TB, representa um marcador negativo para a adesão ao tratamento, que influencia também, negativamente em outros marcadores programáticos.

Dessa forma, é indispensável repensar a organização dos serviços de saúde de atenção a TB para favorecer o diagnóstico precoce e adesão ao tratamento. Deve-se estimular

os marcadores que apresentaram freqüências elevadas no escore 3, multiplicando a experiência em outros serviços; e corrigindo as deficiências evidenciadas em outros marcadores, sobretudo os que apresentaram elevadas freqüências para o escore 1.

Nesse contexto, é imprescindível fortalecer a ESF, de forma a garantir o reconhecimento desses serviços como a principal porta de entrada para o sistema de saúde, e aprimorar a capacidade diagnóstica da TB, bem como incentivar o acompanhamento do doente e da família durante o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. *Cien. saúde coletiva*. 2011; 16(2):669-675. DOI: 10.1590/S1413-81232011000200031

2. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

3. Bowkalowski C, Bertolozzi MR.Vulnerabilidade em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. *Cogitare enferm*. 2010; 15(1):92-99. DOI: 10.5380/CE.v15i1.17178

4. Barbosa IR, Costa ÍCC. A Emergência da co-infecção tuberculose - HIV no Brasil. *Hygeia*. 2012; 8(15):232-244.

5. Piller RVB. Epidemiologia da Tuberculose. *Pulmão RJ*. 2012;21(1):4-9.

6. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico. 2015; 46(9).

7. SINAN NET. Sistema de informação de agravos de notificação (online). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def Acesso em: 11/06/2015.

8. 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.

9. Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT – Brasil. *J. bras. pneumol.* 2005; 31(5):427-435.

10. Filho MPS, Luna IT, Silva HL, Pinheiro PNC. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfecção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Rev gaúcha enferm.* 2012; 33(2): 139-145.

11. Munro AS, Lewin AS, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patiente adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *Plos Medicine*. 2007; 4(7): 1230-1245.

12. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em Unidade de Saúde da Família: Histórias de abandono. *Texto contexto enferm.* 2007; 16(4):712-718. DOI: 10.1590/S0104-07072007000400016

13. Neves LAS, Reis RK, Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev. esc enferm. USP*. 2010; 44(4):113-1141. DOI: 10.1590/S0080-62342010000400041

14. Sánchez AIM. O tratamento diretamente observado "DOTS" e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo/São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP; 2007.

15. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, Guanillo MCLTU, Pereira E. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Rev. esc. Enferm. USP*. 2009; 43(2):1326-1330. DOI: 10.1590/S0080-62342009000600031

16. Brunello MEF, Neto FC, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidade para a coinfecção HIV/aids/TB em Ribeirão Presto, SP. *Rev. saúde pública*. 2011; 45(3):556-563. DOI: 10.1590/S0034-89102011005000018

17. Kaufmann SHE, Parida SK. Changing funding patterns in tuberculosis. *Nature med.* 2007; 13(3):299-303.

18. Ayres JRCM.O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 1ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.117-139.

19. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Rev. latino-am. enfermagem.* 2008; 16(5): 923-928. DOI: 10.1590/S0104-11692008000500020

20. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres, JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. saúde pública*. 2006; 22(6):1335-1342.

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

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

23. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamento e práticas. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(5): 635-642.

24. 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.

25. Minayo MCS. Construção de indicadores qualitativos para a avaliação de mudanças. *Revista brasileira de educação médica.* 2009; 33(supl.1): 83-91.

26. Pedroso MLR, Motta MGC. Criança e família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. *Texto contexto enferm.* 2013; 22(2): 493-499.

27. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface: comunicação Saúde Educação.* 2002; 6(11): 11-24.

28. Silva GA, Takahashi RF. A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. *Rev. APS.* 2008; 11(1): 29-41.

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

30. Ayres JRCM, Paiva V, França Jr I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, Lecussan P, Segurado AC, Silva MH. Vulnerability, human rights, and comprehensive healthcare needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health.* 2006; 96(6): 1001-1006. DOI: 10.2105/AJPH.2004.060905

31. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde soc.* 2009; 18(2): 11-23.

32. Ayres JRCM. Debate sobre o artigo de Fryet al. *Cad saúde pública.* 2007; 23(3): 519-520.

33. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciên. saúde coletiva*. 2007; 12(2): 319-324. DOI:10.1590/S1413-81232007000200007

34. Ayres JRCM.Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Bol Epidemiol.* 1997; 15(3): 2-4.

35. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryschek ALPL, Araújo NVDL, Padoveze MC, Ciosak SI, Takahashi RF. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. *Rev. esc enferm USP*. 2011; 45(2): 1769-1773.

36. Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS [Tese de Livre-Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP; 2006.

37. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

38. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de Diretrizes, Metas e Indicadores: 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

39. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde Agenda Estratégica 2011 – 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

40. Ministério da Saúde (Brasil). Plano Nacional de Controle da Tuberculose: Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil, 2007 a 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

41. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAS, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev panam salud publica.* 2012; 31(6): 461-468. DOI: 10.1590/S1020-49892012000600003

42. Ministério da Saúde (Brasil). Recomendações para o manejo da coinfecção TB/HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

43. Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais poder tirar? *Cad. saúde coletiva*. 2012; 20(2): 188-194.

44. Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS. O atraso no diagnóstico da tuberculose. *J. res.: fundam care online*. 2013; 5(3): 174-180. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n3

45. 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. *Rev esc enferm. USP*. 2011; 45(4): 898-904. DOI: 10.1590/S0080-62342011000400015

46. Ministério da Saúde (Brasil). Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: Protocolo de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

47. IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. 2014.

48. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota técnica nº15 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS: definição de critérios para a priorização de municípios no controle da tuberculose no Brasil. Diário Oficial da União. 2011.

49. Bertolozzi MR. Contribuição ao fortalecimento da capacidade de resposta à Tuberculose no âmbito do Pacto pela Vida: validação de indicadores de adesão ao tratamento [Relatório Científico - CNPq edital 34/2008 – Tema: Tuberculose] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP – UPS; 2010.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

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 ____/ ____/ ____

5.1Nome da UBS:_____

5.2ESF: Sim ( ) Não ( )

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

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

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

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 2014-2015	Registrar as faltas por mês / Por que faltou?
Janeiro	
Fevereiro	
Março	
Abril	
Maio	
Junho	
Julho	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	

Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose

Marcadores	Perguntas	Escores			Total
		1	2	3	
Condições Sociais					
1. Escolaridade*	Em relação à escola, o Senhor (a): *Qual a última série que cursoucom 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 quem? _____	Tem trabalho fixo * Registro em carteira: Sim () Não () *regularidade em trabalhar durante a semana	
3. Vida (Situação de moradia/conviver com familiares).	Com quem o Sr.(a) está morando neste momento? Vive sozinho () Familiares ( ) 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	Até 1 hora	Até 30 minutos	

Contextos Vulneráveis					
6.1Consumo 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. Quemfoi?_____ _____ _____	

11.1Trajetória percorrida pelo paciente até o estabelecimento do diagnóstico	Quais foram os serviços de saúde que o Sr.(a) percorreu até chegar ao diagnóstico (registrar em ordem histórica da trajetória a partir dos sinais e sintomas). 1) _____ 2) _____ 3) _____ 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 de 15 dias a 1 mês	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 se 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 a 1 hora	Até 30 minutos	
28. Recebimento de visita domiciliária	Esta UBS já realizou visita em sua casa depois que o Sr.(a) teve o diagnóstico de tuberculose? Qual o profissional de saúde foi em sua casa? Médico () Enfermeira () ACS ( ) 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 2

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.

PlataForma Brasil

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

Profª Dra. Doralúcia 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 propensões 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. Ademas, 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 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/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

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

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 4

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
GRUPO DE PESQUISA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Venho através deste, autorizar a mestranda FERNANDA DARLIANE TAVARES DE LUNA a utilizar parte dos dados coletados da pesquisa **"Adesão ao tratamento da tuberculose: implementação de marcadores para o monitoramento de pacientes"**, sobre a coordenação local da Profª. Drª. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, para a elaboração da dissertação de mestrado intitulada **"Adesão ao tratamento da tuberculose: aspectos da vulnerabilidade programática"**.

Ressalta-se o compromisso de publicação de resultados em parceria com a coordenadora do projeto.

Campina Grande, 05 de maio de 2014.

Profª. Drª. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Coordenadora do Grupo de Pesquisa Avaliação dos Serviços de Saúde