

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

**ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NOVOS DE
TUBERCULOSE: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE**

DANIEL SOUZA SACRAMENTO

MANAUS

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

DANIEL SOUZA SACRAMENTO

**ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NOVOS DE
TUBERCULOSE: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD/Fiocruz) e Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Linha de Pesquisa: Dinâmica dos agravos e das doenças prevalentes na Amazônia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

MANAUS

2015

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S123a Sacramento, Daniel Souza
Acompanhamento dos casos novos de tuberculose: perfil clínico-epidemiológico e organização do serviço de saúde / Daniel Souza Sacramento. 2015
73 f.: il. Color; 31 cm.

Orientadora: Maria Jacirema Ferreira Gonçalves
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) –
Universidade Federal do Amazonas.

1. Tuberculose. 2. Adesão à medicação. 3. Epidemiologia. 4. Atenção primária à saúde. I. Gonçalves, Maria Jacirema Ferreira II. Universidade Federal do Amazonas
III. Título

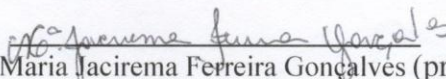
DANIEL SOUZA SACRAMENTO

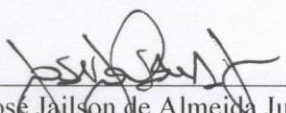
ACOMPANHAMENTO CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE: PERFIL
CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE
SAÚDE

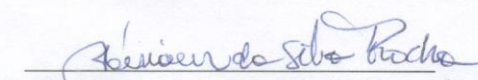
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD/FIOCRUZ) e Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Aprovado em 28 de agosto de 2015

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr.ª Maria Jacirema Ferreira Gonçalves (presidente)
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)


Prof. Dr. José Jailson de Almeida Junior (membro)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)


Prof. Dr.ª Miriam da Silva Rocha (membro)
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Aos meus pais, José e Lucimar, por me ensinarem o melhor caminho para as conquistas...

Aos meus irmãos, Joselia e Onesimo, pelo apoio em todos os momentos...

Aos meus tios, Eliseu, Sidicléia, Reginaldo e Regina, pelo incentivo às minhas aspirações.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por estar sempre guiando minha vida e me mostrando o caminho certo a seguir, mesmo quando duvidava.

Aos **familiares** e **amigos**, pelos momentos de convívio, pelo apoio, compreensão e incentivo frente às minhas escolhas.

À minha orientadora, **Prof^a Maria Jacirema**, por toda paciência, dedicação e excelente orientação na condução desse trabalho, que o tornou mais sutil e prazeroso.

Aos meus professores e amigos, **Marcílio Medeiros** e **Isabela Gonçalves**, por terem me inserido e instruído a seguir nesta caminhada.

Aos docentes, funcionários e coordenação do **Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia**. Especialmente à **Renata Magalhães, Ellen Ferreira** e **Rosinete Lacerda** pela simpatia e disposição em ajudar sempre

Aos **meus colegas de turma**, por me ajudarem ao longo da caminhada.

A equipe de pesquisa: **Adriana, Breno, Débora, Laura** e **Katerine**. Obrigado pela amizade, disposição, atenção e colaboração neste estudo.

À equipe do **Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes**, em especial a Dr^a **Irineide Antunes** e aos técnicos de enfermagem **Arnaldo, Delmiro, Dulce, Elenilda**, e **Katiane**, pelo apoio na coleta das entrevistas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde em que foram coletados os dados pela disposição e contribuição.

Ao **Dr. Bernardo Horta** pela ajuda na construção dos resultados.

Aos meus colegas de trabalho da UBSF L-24 pelo otimismo e apoio.

Enfim, a todos àqueles que torcem pelo meu crescimento.

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico e dados clínicos de doentes de tuberculose, bem como o acompanhamento pelos serviços de saúde, e a relação com a cura dos casos novos.

Métodos: Estudo epidemiológico e analítico dos casos novos de TB, diagnosticados e residentes na cidade de Manaus no ano de 2014, de acordo com a situação de cura. Entrevistas com perguntas fechadas permitiram a caracterização dos sujeitos quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos, processo saúde-doença, relação com os serviços de saúde e resultado do tratamento foram aplicados aos sujeitos no 1º e 6º mês de tratamento. As análises foram feitas na seguinte sequência: (i) análise exploratória e (ii) análise bivariada, com teste qui-quadrado ao nível de significância menor que 5%.

Resultados: Foram recrutados 139 sujeitos, dos quais 113 obtiveram cura, 2 óbitos, 15 abandonaram e 9 ainda continuavam em tratamento no 6º mês. A maioria dos indivíduos é do sexo masculino, adultos jovens, predominantemente da cor parda e baixa escolaridade. Entre os bacilíferos (72 casos) a cura esteve associada aos não-fumantes, não uso de drogas ilícitas, realização de baciloscopias de controle, marcação de consultas de retorno por médicos ou enfermeiros, atendimento pelos mesmos profissionais, compartilhamento de dúvidas sobre a doença e tratamento para os profissionais de saúde, não recebimento de visita domiciliar e o desejo de continuar o tratamento na unidade para o qual foi encaminhado. Entre os casos pulmonares não-bacilíferos (37 casos), a cura esteve associada aos não-fumantes, e entre os casos extrapulmonares (19 casos) a associação se deu a marcação de consultas na própria unidade por meio de fichas e atendimento sempre pelos mesmos profissionais.

Conclusão: Há aspectos que indicam fragilidades dos serviços de saúde, dentre os quais, a concentração do diagnóstico da TB na unidade de referência do município, mesmo após a descentralização das ações de controle para a rede básica de saúde do município. Desse modo, existe a necessidade de repensar um modelo assistencial que incorpore de fato a atenção básica como porta de entrada para o diagnóstico, e que nesse âmbito seja realizado o diagnóstico precoce, o tratamento de forma adequada e oportuna, com adequado acompanhamento dos casos.

Palavras-chave: tuberculose; adesão à medicação; epidemiologia; atenção primária à saúde.

Abstract

Objective: To describe the epidemiology and clinical data of tuberculosis patients, as well as monitoring by health services, and the relationship with the cure of new cases. **Methods:** Epidemiological and analytical study of new cases of tuberculosis diagnosed and residents in Manaus during 2014, according to the healing situation. Interviews with closed questions allowed the characterization of the subjects in terms of socioeconomic, demographic, health-disease process, relationship with health services and treatment outcome were applied to the subjects in the 1st and 6th month of treatment. The analyses were performed in the following sequence: (i) exploratory analysis and (ii) bivariate analysis with chi-square test at significance level under 5%. **Results:** We recruited 139 subjects, of whom 113 were cured, 2 deaths, 15 default treatment and 9 were still on treatment at 6th month. Most individuals are male, young adults, predominantly brown color and with low education. Among the patients pulmonary with sputum smear positive (72 cases), healing was associated to non-smokers, no use of illegal drugs, conducting control sputum smear, scheduling visits by doctors or nurses, care by the same professionals, sharing doubts about the disease and treatment with health professionals, not receiving home visit and the desire to continue treatment in the unit for which he was forwarded. Among the pulmonary cases of sputum smear negative (37 cases), the cure was associated to non-smokers, and among the extrapulmonary cases (19 cases) the cure was associated to appointments in the unit through records and care always by the same professionals. **Conclusion:** There are aspects that indicate weaknesses in the health services, among which, the concentration of TB diagnosis at the referral center of the city, even after the decentralization of the control actions to the basic municipal health network. Thus, there is the need to rethink a healthcare model that incorporates indeed the primary care as a gateway for the diagnosis, and in that context performing early diagnosis, treatment in an appropriate and timely manner, with appropriate follow-up of cases.

Keywords: tuberculosis; medication adherence; epidemiology; primary health care.

Lista de Quadro, Figuras e Tabelas

Quadro 1 - Número de Unidades da Rede Municipal de Saúde segundo a Tipologia e Distrito de Saúde, Manaus, 2013.....	31
Figura 1 – Modelo esquemático dos fatores que afetam a adesão ao tratamento da tuberculose proposto por MUNRO <i>et al</i> (2007).....	28
Figura 2 – Quadro esquemático das variáveis utilizadas neste estudo	35
Tabela 1 - Caracterização dos casos novos de tuberculose segundo forma clínica. Manaus, 2014.	38
Tabela 2 - Variáveis clínicas dos casos novos de tuberculose segundo forma clínica e desfecho de cura. Manaus, 2014.....	39
Tabela 3 - Variáveis de organização dos serviços de saúde, segundo forma clínica e adesão ao tratamento. 1º mês de tratamento. Manaus, 2014.	41
Tabela 4 - Variáveis de organização dos serviços de saúde, segundo forma clínica e adesão ao tratamento. 6º mês de tratamento. Manaus, 2014.	43

Lista de Abreviaturas e Siglas

- AB – Atenção Básica
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APS – Atenção Primária à Saúde
- Bk- - Baciloscopia com resultado negativo
- Bk+ - Baciloscopia com resultado positivo
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- DALY – Anos de vida perdidos por morte prematura ou por incapacidade
- DOTS – Directly Observed Treatment Short Course (Tratamento Diretamente Observado)
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PCT – Programa de Controle da Tuberculose
- PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
- PSF – Programa Saúde da Família
- SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
- Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificações
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TB – Tuberculose
- TB-MDR – Tuberculose multidroga resistente
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TDO – Tratamento Diretamente Observado
- TRM-TB – Teste rápido molecular para detecção do *Mycobacterium tuberculosis*
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
- UFAM – Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

Resumo	vi
Abstract	viii
Lista de Quadro, Figuras e Tabelas	ix
Lista de Abreviaturas e Siglas	x
APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Específicos	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Tuberculose: problema de saúde pública	20
3.2 A situação da tuberculose no Brasil	22
3.3 Adesão ao tratamento da tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento	24
3.4 Controle da tuberculose na Atenção Básica.....	29
4. MATERIAIS E MÉTODOS	31
4.1 Tipo de estudo	31
4.2 Local do estudo	31
4.3 População de estudo	32
4.4 Instrumentos	33
4.5 Coleta de dados	33
4.6 Variáveis de estudo	34
4.7 Análise dos dados.....	35
4.8 Aspectos éticos.....	35
5. RESULTADOS	37

6. DISCUSSÃO	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICES	60
Apêndice A – Instrumento de coleta de dados.....	60
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	69
ANEXOS	71
Anexo A – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	71
Anexo B – Termo de Anuência da Policlínica Cardoso Fontes.....	72
Anexo C – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.....	73

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática apresentada emergiu em meados de 2011, enquanto integrante do Grupo de Pesquisa “Território, Ambiente, Saúde e Sustentabilidade”, quando percebi a situação preocupante da tuberculose na cidade de Manaus, a partir da análise de um grupo de 17 doenças atribuíveis a fatores ambientais e seus custos para a sociedade¹. Posteriormente, esta temática foi aprofundada por minha inserção no Grupo de Pesquisa “Métodos Epidemiológicos e Análise de Situação de Saúde” liderado pela Prof^a Dr^a Maria Jacirema Ferreira Gonçalves.

No ano 2011, foram notificados 1.935 casos de tuberculose em Manaus, dos quais, 1.576 (81,4%) eram casos novos. Do total de casos, 1.450 (74,9%) tiveram como desfecho a cura da doença e 243 (12,5%) o abandono do tratamento, evidenciando a grave situação da doença na cidade (Fonte: www.datasus.gov.br. Acesso em 29/10/2013). Diante do elevado percentual de abandono, que muitas vezes sofre interferência da adesão do doente ao tratamento, o nosso questionamento pautou-se em quais seriam os fatores que ajudariam a compreender o fenômeno da adesão ao tratamento na cidade, visto que a doença tem o seu diagnóstico e tratamento baseado no trabalho da atenção básica.

Esta dissertação está estruturada em 7 seções.

A seção 1, **Introdução**, apresenta, sucintamente, a problemática da tuberculose e o fenômeno da adesão ao tratamento, bem como, amparada pelos dados epidemiológicos de tuberculose e principais estudos realizados sobre a temática na cidade, apresenta a justificativa para a realização do estudo. A seção 2 descreve os **Objetivos** da pesquisa. A seção 3, **Referencial teórico**, descreve aspectos epidemiológicos recentes da tuberculose no mundo e no Brasil, a evolução das ações de controle da doença no âmbito da atenção básica, a situação da adesão ao tratamento neste nível de atenção e os principais fatores associados ao abandono ao tratamento da tuberculose, os termos frequentemente utilizados para definir adesão, e o controle da tuberculose na atenção básica. Na seção 4 descrevemos o **Método de pesquisa e de análise**. E nas seções 5, 6, 7 constam os **Resultados**, a **Discussão** e as **Considerações Finais** do estudo, respectivamente.

¹ MEDEIROS, MS *et al.* Custo das doenças fortemente atribuíveis a fatores ambientais na cidade de Manaus, Amazonas. *Ciência & Saúde Coletiva* [no prelo]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12107>. Acesso em 26 de Jul de 2013

1. INTRODUÇÃO

Apesar de a tuberculose (TB) ser uma das doenças infecciosas com registros mais antigos, bem conhecida e há mais de meio século susceptível ao tratamento medicamentoso, ainda permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global (BARREIRA e GRANGEIRO, 2007).

Vinte e dois países são considerados prioritários para o controle da TB, pois concentram aproximadamente 82% da carga mundial da doença. Entre esses países encontra-se o Brasil com taxas de mortalidade de 2,3 por 100 mil habitantes e de incidência de 33,5 pessoas acometidas a cada 100 mil habitantes em 2014. (BRASIL, 2015; WHO, 2014).

A adesão dos pacientes com TB ao tratamento é considerada a melhor estratégia para o controle e a eliminação desta doença no campo da saúde pública. A TB é potencialmente curável por meio de tratamento padronizado e oferecido gratuitamente no sistema de saúde público brasileiro (BRASIL, 2011b).

Segundo Bertolozzi *et al.* (2009) a adesão ao tratamento tenta superar o conceito de abandono - resultante de comportamentos/atitudes reduzidos ao indivíduo – na busca por identificar potências para a consecução do tratamento. Dessa forma, o processo de adesão depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, família e comunidade, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, incluindo a forma de inserção do doente na sociedade.

A não adesão ao tratamento, geralmente medida pelo abandono, apresenta implicações sociais e epidemiológicas como: aumento da taxa de recidiva; multirresistência às drogas; persistência da fonte de infecção; aumento da mortalidade; aumento no tempo e custo do tratamento; e aumento do sofrimento da pessoa humana (CAVALCANTE, 2012). Além disso, a não adesão torna os pacientes crônicos, tanto da doença, quanto do serviço (NATAL *et al.*, 1999).

No entanto, adesão a um regime de medicação é um fenômeno complexo influenciado por aspectos individuais: condição social do indivíduo, uso de álcool e drogas, estado nutricional, capacidade de compreensão da necessidade de tratamento prolongado, afinidade com o profissional de saúde; pelas condições dos serviços de saúde: capacidade do serviço acompanhar o doente, disponibilidade de medicamentos, orientação adequada pelos profissionais de saúde aos doentes; bem como pelo contexto em que o paciente está inserido,

incluindo relações com a família, amigos e comunidade e elementos ambientais que influenciam o seu comportamento. Essas influências, frequentemente, ocorrem simultaneamente e reciprocamente (BERBEN *et al.*, 2012).

Várias medidas foram introduzidas na tentativa de controlar a TB, e conseqüentemente a melhoria da compreensão dos fatores de afetam o tratamento, incluindo os fatores associados à adesão. Barreira e Grangeiro (2007) apontam quatro importantes iniciativas de controle da doença, são elas: implementação da estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) em vários países; incorporação do combate à TB como meta de “Desenvolvimento do Milênio”; iniciativa *Stop TB*; e criação do Fundo Global de Combate à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), TB e Malária.

Duas iniciativas merecem destaque por sua relevância nas ações de controle da TB. A primeira delas é a estratégia DOTS, concebida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1993 com o objetivo de controlar a doença e garantir o alcance das metas estabelecidas em relação ao sucesso do tratamento, à detecção de casos e à redução de abandono, propondo integração do cuidado da saúde primária e adaptação contínua de reforma dentro do setor saúde (SABATÉ, 2003; WHO, 2012). A segunda iniciativa, a parceria *Stop TB*, é promovida pela OMS e apoiada por um conjunto de instituições internacionais. Seus componentes visam garantir a expansão da estratégia DOTS, para melhoria do atendimento dos doentes com TB, especialmente aqueles que apresentam coinfeção TB e vírus da imunodeficiência humana (HIV), tuberculose multidroga resistente (TB-MDR), e populações vulneráveis, por meio do fortalecimento da atenção primária à saúde (APS), da organização da sociedade civil e prestadores de serviços e a promoção de novas pesquisas neste campo. As principais metas da iniciativa são: reduzir, pela metade, a incidência e a mortalidade por TB até 2015, comparados aos valores de 1990, e eliminar a TB como problema de saúde pública até 2050 (BARREIRA e GRANGEIRO, 2007; BRASIL, 2012b).

Desde a declaração da OMS, em 1993, que a TB é uma emergência mundial, o Brasil sinalizou sua posição frente às novas perspectivas do problema com marcos pontuais, como o Plano Emergencial para Controle da TB, lançado em 1996 pelo Ministério da Saúde (MS), e posteriormente, o Plano Nacional de Controle da TB (atual Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT), trazendo novidades ao controle tanto no acesso aos serviços de saúde como diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos (HIJAR *et al.*, 2007; RUFFINONETTO, 2001). No ano de 2003, a TB foi colocada na agenda de prioridades das políticas públicas do Brasil, sendo a estratégia DOTS fortalecida com as demais esferas de gestão

como principal instrumento para alcançar as metas internacionais de controle da TB (SANTOS, 2007).

Apesar das inúmeras estratégias adotadas pelo Brasil em relação ao controle da TB, o percentual de cura entre os casos novos, principal indicador de avaliação das ações de controle, no país continua distante da meta estabelecida pela OMS - cura de 85% dos casos novos (BRASIL, 2015). Tal situação pode ser reflexo de altas taxa de abandono ao tratamento, que embora apresente declínio de 12,3% em 2001 para 10,9% em 2013, é uma diminuição muito lenta, frente a elevada taxa de incidência do Brasil (BRASIL, 2015; WHO, 2012).

Diante dos problemas acima destacados, o PNCT vem desenvolvendo estratégias, especialmente nos municípios em que a incidência da doença é mais elevada, como Amazonas e Rio de Janeiro no qual, no ano de 2014, houve a implantação do teste rápido molecular para detecção da TB (TRM-TB).

Em 2014, os estados do Amazonas e Rio de Janeiro registraram as maiores taxas de incidência da doença no Brasil, com 68,4 e 60,9 casos novos por 100 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2015). No Amazonas, em 2013, foram registrados 2.640 casos de TB, deste total, 69,1% foram notificações de residentes da cidade de Manaus (capital do estado do Amazonas), que corresponde à taxa de incidência de 101,8 casos por 100 mil habitantes (AMAZONAS, 2013). Mesmo com o avanço na descentralização das ações de controle da TB para a rede básica de saúde (MARREIRO *et al.*, 2009), Manaus ainda registra baixa taxa de cura de casos novos e elevado abandono ao tratamento, sem mudanças ao longo dos anos (OLIVEIRA *et al.*, 2011), como é o caso dos registros do ano 2011² com taxa de cura e abandono de 62,6% e 11,2%, respectivamente.

O abandono ao tratamento, definido como o doente que deixou de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos após a data prevista para seu retorno (BRASIL, 2011b), em geral, é apreendido como um resultado de comportamentos ou de atributos dos indivíduos, acabando por estereotipar as atitudes frente ao tratamento, desconsiderando, deste modo, que a questão esteja ligada, também, de forma articulada ao desenvolvimento da vida na sociedade (BERTOLOZZI *et al.*, 2009). Nessa perspectiva, coloca-se como necessário aos profissionais de saúde transcender o entendimento da estratégia para além de garantir apenas a ingestão dos medicamentos, e portanto, a mensuração da adesão também transcende a

² Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Agravos de Notificação. Casos confirmados notificados de tuberculose em Manaus. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 08 de Ago de 2015.

constatação de abandono. É necessário conhecer a pessoa e seu contexto, seus modos de vida, sua dinâmica familiar, suas crenças, opiniões e conhecimentos a respeito da doença e do próprio tratamento (TERRA e BERTOLOZZI, 2008). Desse modo, será possível dotar os serviços e os profissionais de instrumentos necessários ao adequado acompanhamento do doente com TB.

Os fatores preditivos de abandono são frequentemente, agrupados em três dimensões: fatores relacionados com as características individuais, fatores relacionados ao quadro clínico e terapia e fatores relacionados com o serviço de saúde (BRASIL e BRAGA, 2008). Os estudos sobre a adesão ao tratamento da TB, geralmente, enfocam suas análises sobre os fatores individuais que levam os doentes a abandonar o tratamento e apontam sexo masculino, nacionalidade estrangeira, baixa escolaridade, agravos associados como alcoolismo, infecção pelo HIV/Aids e uso de drogas ilícitas, mudança de residência durante o tratamento, história prévia de abandono, tratamento prolongado por mais de 6 meses, necessidade de hospitalização, dificuldade de acesso ao serviço de saúde e pouco conhecimento à adesão ao tratamento como os principais fatores associados ao abandono (BRASIL e BRAGA, 2008; CAMPANI, MOREIRA e TIETBOHEL, 2011; COSTA *et al.*, 2011; FINLAY *et al.*, 2012; MUTURE *et al.*, 2011; TACHFOUTI *et al.*, 2012).

Em Manaus, detectamos dois estudos publicados com foco no abandono. Braga *et al.* (2012) apontam como fatores associados às seguintes variáveis: sexo masculino, baixo nível econômico e uso de drogas ilícitas. Garrido *et al.* (2012) realizaram estudo de caso-controle no estado do Amazonas, porém 69,4% dos sujeitos da pesquisa eram residentes em Manaus. Neste estudo o baixo nível educacional, alcoolismo, histórico de abandono, sorologia positiva para HIV e possuir comorbidades foram os fatores associados ao abandono do tratamento da TB.

Concordamos com Kidd e Altman (2000) quando afirmam que em estudos sobre adesão a expressão “nenhum homem é uma ilha” é válida, pois a adesão é afetada ou direcionada pelo meio social e cultural em que acontece. Mesmo que a experiência da doença e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento seja singular, os resultados não estão isolados, eles situam-se em um esquema em que o indivíduo é compreendido no tecido de imbricações contextuais. Assim, extrapola-se a abordagem atual que reduz a adesão ao tratamento aos aspectos clínicos e biológicos, especialmente quando se trata da TB, que está diretamente associada à estruturação social, e tomam-se como referência, os processos de reprodução

social e a forma como se organizam os serviços de saúde, além da apreensão das possibilidades para seguir a terapia medicamentosa.

Nesse sentido, é necessário ampliar o entendimento dos aspectos que integram a análise da adesão, com o intuito de produzir conhecimentos e subsidiar o direcionamento das ações de saúde de modo mais específico aos indivíduos mais vulneráveis, levando ao desenvolvimento de estratégias para melhorar a cura da doença. Por isto, propomos esta pesquisa, na perspectiva de compreender o papel que a adesão ao tratamento, medida pela cura, tem no componente de abandono do tratamento, e como os serviços de saúde desempenham o acompanhamento dos doentes para controle da TB em Manaus.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o perfil epidemiológico e dados clínicos de doentes de tuberculose, bem como o acompanhamento pelos serviços de saúde, e a relação com a cura dos casos novos.

2.2 Específicos

Descrever as principais características e os dados clínicos dos casos novos de tuberculose, segundo forma clínica e cura.

Descrever a organização dos serviços de controle da tuberculose no município de Manaus.

Identificar a relação entre variáveis individuais das pessoas em tratamento ambulatorial da tuberculose e aquelas relacionadas aos serviços da saúde, com a cura de casos novos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Tuberculose: problema de saúde pública

Os critérios que definem um problema de saúde pública, segundo Costa e Victora (2006), são elaborados a partir do interesse da comunidade, prevalência, gravidade e possibilidade de controle, considerando a carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causado pela doença, caracterizado pelo seu impacto no indivíduo e na comunidade. No caso da TB a OMS considera que a doença deixa de ser um problema de saúde pública quando chegar à situação de controle, ou seja, o alcance de incidência de 1 caso por milhão de habitantes.

Autoridades sanitárias, comunidades científicas e sociedades civis têm se preocupado com a situação da TB no mundo. A doença continua sendo a segunda doença infecciosa com maior mortalidade, mesmo que os fundamentos científicos para o controle na comunidade sejam conhecidos há muito tempo. Um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e em risco de desenvolver a doença (WHO, 2012).

Em 2013, segundo estimativas da OMS, 9 milhões de pessoas desenvolveram TB, equivalente a 126 casos por 100 mil habitantes, alcançando prevalência de 11 milhões de casos no mundo (figura 1). A maioria dos casos novos foi registrada na Ásia (59%) e África (29%). A região das Américas foi responsável por 3% dos casos novos no mundo. Os cinco países com maiores taxas médias de incidência, em 2013, foram Índia, China, África do Sul, Indonésia e Paquistão, dos quais Índia e China foram responsáveis por 24% e 11% dos casos mundiais, respectivamente (WHO, 2014). Apesar dessa baixa contribuição das Américas para a carga de TB no mundo, o Brasil merece destaque, visto ser o país com maior taxa de incidência da TB nas Américas.

Em 2012, o sucesso do tratamento da TB, representado pela taxa de cura, em nível mundial foi em média 86%. As maiores taxas de cura foram relatadas na região do Oeste do Pacífico (92%), seguida pelo sudeste Asiático (88%) e região oriental do Mediterrâneo (87%). Nas Américas a taxa de cura foi 76% e no Brasil foi 72% (WHO, 2014).

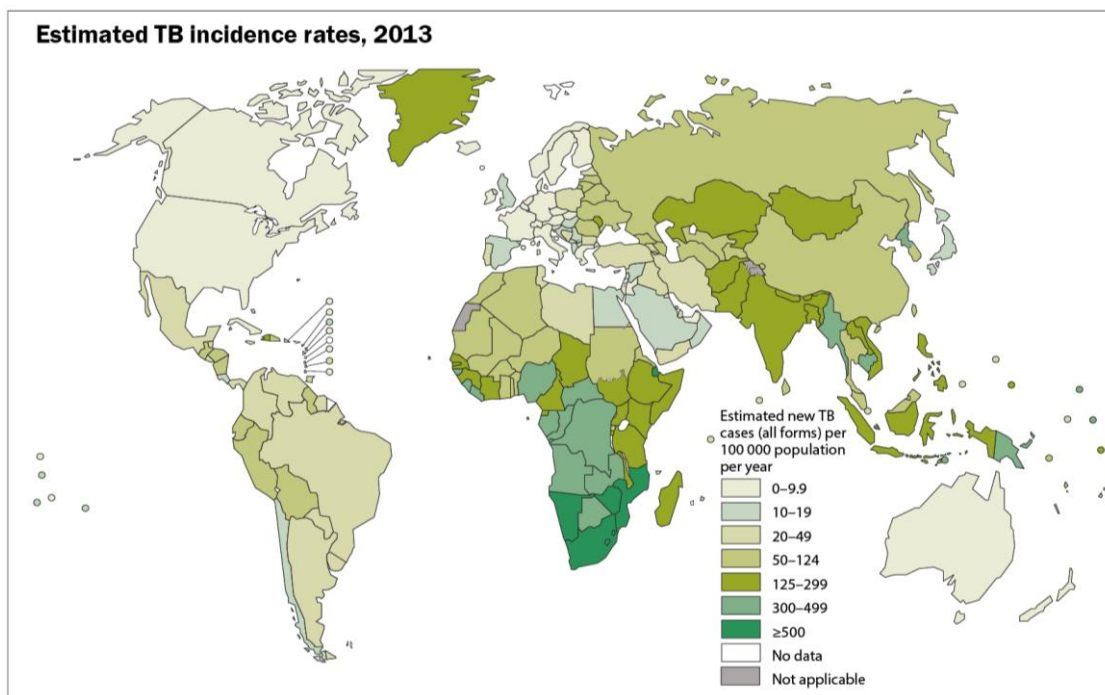


Figura 1 - Taxa de incidência da tuberculose no mundo, 2013

Fonte: <http://www.who.int/tb/country/data/visualizations/en/>. Acesso em 07 Set 2015.

Quanto à mortalidade, 1,5 milhão de pessoas morreram por TB, equivalente a 20 mortes por 100 mil habitantes no mundo em 2013. Deste total, 360 mil mortes foram de pacientes coinfectados por HIV. A mortalidade por TB ocorre, principalmente, em adultos jovens (WHO, 2014). A carga da TB é reflexo deste padrão de mortalidade. Segundo Dye (2006) mais de 80% da carga da TB, medida em termos de anos de vida perdidos por incapacidade (DALY), é devido à morte prematura e não à morbidade.

As iniciativas mais relevantes para o controle da TB surgiram a partir de 1993, ano em que a OMS - fundamentada pelos altos índices de incidência e mortalidade existentes, principalmente em países com piores condições socioeconômicas - fez o alerta sobre a emergência da TB como um grave problema mundial. Naquele momento, a TB era uma doença negligenciada em muitos lugares, com consequente perda de prioridade, tendo surgido surtos de tuberculose multirresistente, inclusive em países ricos, como os Estados Unidos. Outro fator importante foi a epidemia de Aids, que mudou a história da TB, tornando-a uma das principais doenças associadas entre os portadores de HIV (HIJJAR *et al*, 2005; WHO, 2012).

Em 1993, como produto da tentativa de controle da doença no mundo, a estratégia DOTS é formulada, estabelecendo duas grandes metas: (i) detecção de 70% dos casos novos com baciloscopia positiva e (ii) cura de 85% dos casos novos até o ano de 2000. Para garantia

do sucesso, a estratégia foi sustentada em cinco componentes: (i) compromisso político, (ii) detecção de casos através da busca ativa, (iii) oferecimento de tratamento padronizado, (iv) fornecimento regular de medicamentos e (v) formulação de um sistema de monitoramento para supervisão e avaliação do programa. Tal estratégia foi posteriormente expandida, clarificada e implantada em mais de 182 países (WHO, 1994, 2006).

Apesar dos esforços da OMS, a TB, ainda, continuava a representar no mundo uma carga elevada de sofrimento e grande obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico em vários países. Então, em resposta ao apelo da Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2000, foi constituída a parceria global para a eliminação da TB, denominada *Stop-TB*, constituída por uma rede de mais de 400 organizações, países e representantes do setor público e privado (WHO, 2006).

A parceria *Stop-TB* estabeleceu como alvos: até 2005, detectar por meio do exame de escarro, pelo menos 70% dos casos novos de TB com baciloscopia positiva e curar pelo menos 85% deles; até 2015, reduzir em 50% a prevalência e as mortes decorrentes por TB em relação a 1990; até 2050, eliminar a TB como problema de saúde pública. Com a parceria *Stop-TB*, a estratégia DOTS ganha força, tornando-se um dos seis componentes da parceria (WHO, 2006, 2012).

Como parte, também, das ações para o controle da TB no mundo, em 2002, após iniciativas do G8 (grupo dos sete países mais desenvolvidos economicamente do mundo e Rússia) e das Nações Unidas, foi criado o Fundo Global de Combate à Aids, TB e Malária, com o objetivo de mobilizar recursos internacionais para apoiar a resposta dos países no controle das doenças (BARREIRA e GRANGEIRO, 2007).

Mesmo com todas as iniciativas, inclusive com a garantia gratuita da medicação em alguns países, a TB continua como problema de saúde pública, intimamente associado às desigualdades sociais e iniquidades em saúde. Sua manutenção como problema de saúde faz com que novas respostas devam ser pensadas no sentido de promover a equidade e universalidade no atendimento dos pacientes.

3.2 A situação da tuberculose no Brasil

No Brasil, a taxa de incidência de TB em 2014 foi 33,5 casos por 100 mil habitantes, o que representa queda de 21,7% em relação ao ano de 2001, quando a taxa de incidência era 42,8 casos por 100 mil habitantes. As regiões Sudeste e Norte apresentam taxas de incidência superiores à média nacional, nelas estão os estados com as maiores taxas de incidência do

país. Em 2014, por exemplo, os estados do Amazonas e Rio de Janeiro registraram as maiores incidências do país, 68,4 e 60,9 casos por 100 mil por habitantes, respectivamente (BRASIL, 2015). No ano de 2013, tais taxas encontravam-se em 70,4 e 68,1 casos por 100 mil habitantes nos respectivos estados³.

Há que se problematizar a capacidade dos serviços de saúde em captar casos, que se não correr a contento, essa taxa pode ainda estar subestimada. A subnotificação de casos impossibilita o real conhecimento da situação epidemiológica da TB e sinaliza possíveis entraves no fluxo de informação, barreiras de acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento adequado e em tempo oportuno.

Em relação à mortalidade, o Brasil registrou taxa de 2,3 casos por 100 mil habitantes em 2014, dentro da meta proposta pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para o Brasil (BRASIL, 2015). No Amazonas, a taxa de mortalidade por TB apresenta situação preocupante, pois na década de 2010 apresenta valores próximos aos registrados no ano de 1990³. Em 1990, o estado registrava 3,8 óbitos por 100 mil habitantes passando para 3,5 óbitos por 100 mil habitantes em 2014, apresentando pequenas variações no período. Em contraste, o estado do Rio de Janeiro, mesmo apresentando altas taxas de mortalidade por TB, entre 1990 e 2014, conseguiu reduzir sua taxa de mortalidade em 45,1%, passado de 9,1 óbitos em 1990 para 5,0 óbitos por 100 mil habitantes em 2011³. O óbito por TB é considerado um evento sentinela por ser evitável e indicativo de falhas da rede social e do sistema de saúde, e oportuno na descoberta de outros problemas na família ou na comunidade.

No período de 2001 a 2010, foram registradas 180.363 internações por TB no Brasil, o que representa 206 milhões de dólares (cerca de 342 milhões de reais⁴) gastos com despesas hospitalares, mesmo com a efetividade do tratamento ambulatorial. Em 2001, o custo médio de uma internação por TB era de R\$ 751,14 passando para R\$1.498,93 em 2010. Em 2010, 16.153 internações foram registradas - decréscimo de 1,0% quando comparado ao ano de 2001. No entanto, esta tendência não é uniforme entre o período, nem entre os estados da federação. Enquanto São Paulo registrou queda anual de 13% nas internações por TB durante o período, outros estados como Sergipe, Goiás e Paraná registraram acréscimo anual de

³ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Situação Epidemiológica: dados e indicadores da tuberculose. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527. Acesso em: 07 de Set de 2015.

⁴ Valor convertido pela taxa de câmbio paralelo para venda: real (R\$) / dólar americano (US\$) de dezembro de 2010 (1,6662). Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/>. Acesso em: 18 Nov 13

169,6%, 33,5% e 27,4% nas internações por esta doença, respectivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

No Amazonas foram registradas 453 internações por TB em 2010. Considerando o período de 2001 a 2010, as internações por TB no Amazonas tiveram acréscimo 16% ao ano. Situação diferente do estado do Rio de Janeiro que apresentou decréscimo anual de 1,3% e de estados vizinhos como Acre e Roraima com acréscimo de 1,0% ao ano e Pará que conseguiu diminuir as internações por TB em 4,8% (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Noventa e cinco por cento das internações por TB no Amazonas são registradas em Manaus. A taxa de hospitalização por TB na cidade (24 casos/100 mil hab), em 2010, é o dobro da taxa do estado (12,9/100 mil hab) e três vezes maior que a taxa brasileira (7,2/100 mil hab) (GONÇALVES e FERREIRA, 2013).

Dos 71.930 casos novos de TB notificados no Brasil no ano de 2010, 85,9% apresentam a forma clínica de TB pulmonar e 14,1% TB extrapulmonar. Do total de casos novos, 86,5% realizaram baciloscopia, dos quais 66,1% eram bacilíferos. Cinquenta e sete por cento dos contatos de bacilíferos foram examinados. O teste anti-HIV foi realizado em 58,5% dos casos novos, sendo positivo em 9,9% dos que realizaram o teste (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Foram registrados 2.360 casos novos no Amazonas, em 2010. A forma clínica de TB pulmonar foi a mais prevalente entre os casos novos com percentuais semelhantes ao restante do país, bem como os dados dos casos que realizaram baciloscopia, porém, no Amazonas, somente 53,2% dos casos eram bacilíferos. Sessenta por cento dos casos novos bacilíferos realizaram o tratamento diretamente observado (TDO), percentual acima da média nacional de 51,0%. Em 42,4% dos casos novos foi realizado o teste anti-HIV, sendo positivo em 11,9% dos casos novos³.

Os indicadores de TB no Brasil apontam a necessidade de desvelar os entraves do controle da TB no país, assim como, à melhoria das ações no cuidado aos doentes.

3.3 Adesão ao tratamento da tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento

A partir de 2009, o PNCT, juntamente com o seu comitê técnico assessor, revisou o esquema de tratamento, introduzindo o etambutol ao regime terapêutico de rifampicina, isoniazida e pirazinamida, com a dose fixa combinada em único comprimido (BRASIL, 2011b). Essa mudança no esquema de tratamento agrega benefícios que merecem ser destacados, tais como, redução do número de comprimidos a ser ingerido pelo doente;

impossibilidade de tomada isolada das drogas e simplificação da gestão farmacêutica em todos os níveis (SÃO PAULO, 2010).

A transmissão da TB é plena enquanto o indivíduo estiver eliminando bacilos. Com o início do esquema terapêutico adequado, a transmissão tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias de tratamento, quando o paciente não tem história de tratamento anterior nem outros riscos conhecidos de resistência, chega a níveis insignificantes de transmissão por via aérea.

O período de tratamento de casos novos em adultos e adolescentes é de no mínimo seis meses divididos em duas fases (Figura 2). A primeira fase, denominada fase intensiva, tem duração de dois meses, na qual são administradas diariamente doses fixas combinadas dos quatro medicamentos. Na fase de manutenção, com duração de quatro meses, são oferecidos dois medicamentos diários: rifampicina e isoniazida, também em doses fixas combinadas, porém o MS ainda disponibiliza o uso da apresentação de rifampicina e isoniazida em cápsulas (BRASIL, 2011b).

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36kg a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula de 300/200 ou de 150/100 ou comprimidos de 150/75*	20 a 35kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg ou 2 comprimidos de 150/75*	4
		36kg a 50kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg ou 3 comprimidos de 150/75*	
		> 50kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75*	

Figura 2 - Esquema básico para o tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes

Fonte: Brasil, 2011

Neste contexto, a adesão ao tratamento é tida como o uso das drogas conforme prescrito e pelo período recomendado. Qualquer interferência nesse processo poderá comprometer a adesão. Por outro lado, o doente pode consumir as drogas de forma intermitente, em horários inadequados e faltar às consultas de acompanhamento mensal, mas,

mesmo assim, alcançar a cura ao fim do tratamento. Além disso, a adesão não se restringe a tomada dos medicamentos, ela é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre o doente, a equipe e a rede social (SABATÉ, 2003). Nesse sentido, o conceito de adesão é de difícil medida e requer diferentes planos de análise, o que geralmente leva ao pesquisador utilizar o sucesso do tratamento, a cura, como uma aproximação do inverso do abandono.

Os principais estudos sobre adesão ao tratamento da TB têm analisado sua ocorrência pela não adesão. Conde e Rabahi (2011) consideram que a não adesão ao tratamento pode se dar em três níveis: (i) abandono do tratamento, são aqueles pacientes que param de usar todos os medicamentos; (ii) uso errado dos medicamentos, são pacientes que usam somente alguns dos medicamentos prescritos; (iii) uso irregular dos medicamentos, são pacientes que tomem os medicamentos somente em alguns dias da semana. A situação mais preocupante para o PNCT é o abandono ao tratamento da TB pulmonar por pacientes com baciloscopia positiva, pois esta favorece a manutenção da cadeia de transmissão, assim como o aumento da população bacteriana com potencial de resistência à quimioterapia de primeira linha.

Problemas de adesão ao tratamento apresentam-se como um desafio e contribuem de modo importante para o surgimento de resistência aos fármacos utilizados, aumento da taxa de recidiva, persistência da fonte de infecção, aumento da incidência e mortalidade, aumento no tempo e custo do tratamento, além do aumento do sofrimento da pessoa humana (ALMEIDA e HONER, 2006; MUTURE *et al*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2009; SÁ *et al.*, 2007). As consequências do abandono ao tratamento abatem-se não apenas sobre o próprio paciente, mas, igualmente, sobre toda a sociedade e sobre o PCT (Programa de Controle da Tuberculose), refletindo nas dificuldades em cumprir as metas e a diminuir a disponibilidade de fontes de infecção na sociedade (MENDES e FENSTERSEIFER, 2004).

Na literatura internacional os termos frequentemente utilizados para definir a adesão ao tratamento são *compliance* e *adherence* e apresentam diferenças conceituais. O termo *compliance* está centrado na ideologia biomédica, sendo o paciente visto como um cumpridor de recomendações, com pouca (ou nenhuma) autonomia para desobedecer às recomendações médicas (CONRAD, 1985; GONÇALVES *et al.*, 1999). Neste contexto, jargões como “abandono”, “suspeito” e “controle” veem sendo utilizados nos programas nacionais de TB há várias décadas. No entanto, esses termos são considerados impróprios, coercitivos e incapacitantes, pois colocam a culpa pela doença e a responsabilidade pelos resultados

adversos do tratamento do lado do paciente (ZACHARIAH *et al.*, 2012). A abordagem biomédica ignora o fato de que o comportamento ao tratamento é complexo e influenciado por uma série de fatores incluindo o ambiente sociocultural do paciente, suas crenças em saúde e experiências subjetivas da doença (SABATÉ, 2003)

Já, o termo *adherence* (ou *adhesion*) está voltado à perspectiva do paciente, pois o considera autônomo para a tomada de decisões conscientes e responsáveis para o seguimento de seu tratamento (SABATÉ, 2003). O termo *adherence* compreende que todos os pacientes têm uma autonomia e uma habilidade para aceitar ou não as recomendações médicas, no entanto, algumas vezes, o termo tem conotação de desresponsabilizar ou amenizar o dever da prática médica, enquanto provedor e participante ativo deste processo de cura. Assim sendo, se o paciente não adere (*non-adherence*) ao tratamento é porque assim escolheu, não é de responsabilidade do PNCT, da UBS (Unidade Básica de Saúde) ou da equipe de saúde (GONÇALVES *et al.*, 1999). Entretanto, essa acepção é errônea e especialmente criticada, quando centrada em culpar o paciente (ZACHARIAH *et al.*, 2012). Entendemos que a adesão é um termo mais amplo e implica responsabilidade compartilhada do paciente e da equipe de saúde, cujo conceito é importante na orientação das ações de controle da TB.

Brasil (2006) conduziu revisão sistemática para identificação dos fatores associados ao abandono do tratamento da TB na literatura internacional. O autor evidenciou os principais aspectos que influenciam a adesão dos pacientes ao tratamento, agrupados em três dimensões: (i) fatores relacionados com características individuais: sexo masculino, alcoolismo, infecção pelo HIV/Aids, uso de drogas ilícitas, nacionalidade estrangeira e analfabetismo (ou baixa escolaridade); (ii) fatores relacionados ao quadro clínico e a terapia: TB pulmonar, retratamento, baciloscopia positiva (associação negativa), abandono prévio e tratamento de seis meses de duração (associação negativa); e (iii) fatores relacionados aos serviços de saúde: acesso fácil à unidade de saúde, treinamento para adesão e necessidade de hospitalização (BRASIL, 2006; BRASIL e BRAGA, 2008).

Brasil (2006) relata que os fatores relativos aos indivíduos são os aspectos mais investigados pelos estudos de fatores associados ao abandono da TB. Dos estudos revisados pelo menos 53% deles estudaram estes fatores. Percebeu-se que os fatores relacionados aos serviços são os menos investigados, sendo relatados em apenas 30% dos estudos. (BRASIL, 2006).

Munro *et al.* (2007) ao realizarem revisão sistemática dos estudos qualitativos sobre adesão ao tratamento da TB propuseram um modelo esquemático dos fatores que afetam a

adesão (Figura 3). Nela constam os fatores estruturais, individuais e os relacionados aos serviços de saúde que influenciam a adesão ao tratamento da TB. Neste modelo há intra e inter-relações entre os fatores, bem como a influência do contexto social sobre o processo de adesão.

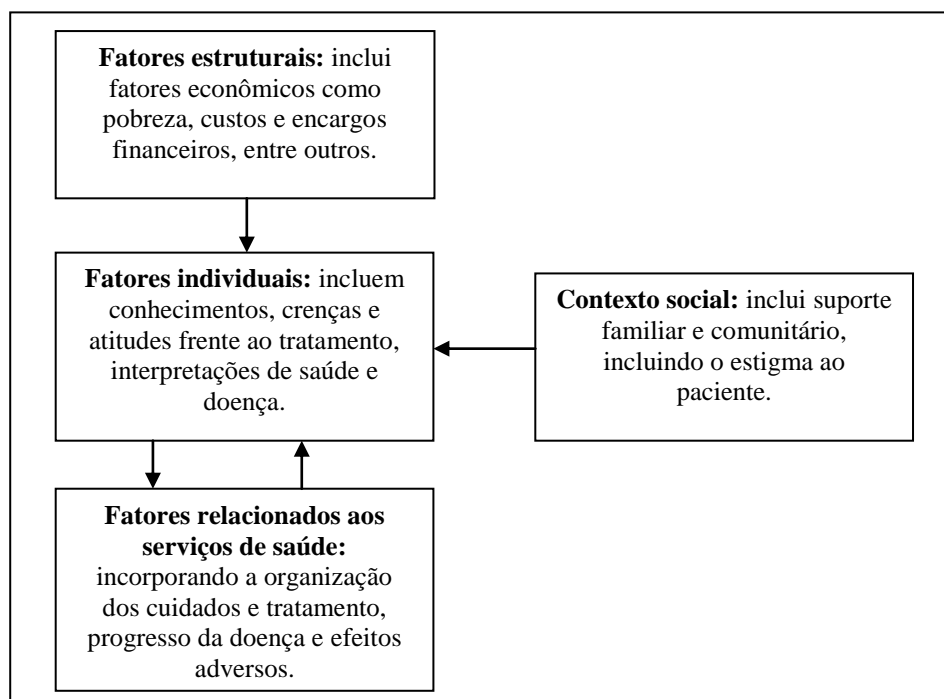


Figura 3 – Modelo esquemático dos fatores que afetam a adesão ao tratamento da tuberculose proposto por MUNRO *et al* (2007)

Os fatores estruturais são fatores presentes na sociedade que influenciam o comportamento ao tratamento, mas sobre o qual o paciente tem pouco controle pessoal. Mesmo quando os pacientes estão dispostos a aderir, os fatores estruturais, tais como a pobreza e a discriminação de gênero, podem impedi-los. Os fatores individuais podem ser utilizados pelos profissionais de saúde para a identificação de pacientes em risco de não adesão ao seu regime de medicação. No entanto, não se pode presumir que todos os indivíduos que com características semelhantes compartilham as mesmas barreiras à adesão. Nesse sentido, a não adesão pode ser um produto de uma falha do serviço de saúde, tais como fornecimento insuficiente de medicamentos, em vez de problemas ou falhas relacionadas ao indivíduo. Por sua vez, o contexto social age diretamente sobre os fatores individuais do paciente. A comunidade, família e serviços de saúde ajudam na luta contra os estigmas que os pacientes de TB experimentam. O apoio social pode ajudar os pacientes a superar as barreiras estruturais e individuais, e pode influenciar seus conhecimentos, atitudes e crenças. Para isso,

os serviços de saúde precisam ter uma boa atuação na comunidade e oportunizar aos pacientes a criação de vínculo com os profissionais de saúde (MUNRO *et al*, 2007).

Portanto, tomando como ponto de partida o conceito de adesão, já destacado no texto, e as dimensões dos fatores associados ao abandono do tratamento da TB, elucidados por Brasil (2006) e Munro *et al* (2007), há necessidade de incorporação de métodos de análise dos fatores associados à adesão ao tratamento que considerem a inserção social dos pacientes e o processo de trabalho nos serviços de saúde que acompanham o tratamento do doente. Tal visão difere da correntemente divulgada e apresentada nas revisões sistemáticas, que relaciona a não adesão apenas às questões comportamentais e individuais, ou quando o fazem consideram a questão social apenas como atributo do indivíduo, como um fator a mais na cadeia da causalidade da doença, que apresenta igual peso em relação às demais variáveis que, conjugadas, teriam como resultado final e linear o abandono ou a adesão ao tratamento. Daí a necessidade de uma análise que dê conta tanto dos fatores relacionados ao paciente, quanto ao contexto em que vive, bem como os serviços de saúde.

4.4 Controle da tuberculose na Atenção Básica

A APS, adotada no Brasil como Atenção Básica (AB), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de indivíduos e coletividades (BRASIL, 2012a).

O fortalecimento do controle da TB pela AB teve seu início entre 2000, quando o Ministério da Saúde lança o “Plano Nacional de Mobilização para eliminação da Hanseníase e Controle da TB em Municípios Prioritários por meio da Atenção Básica”; e 2001, com o “Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da TB no Brasil, no período de 2001-2005”. Esses planos tiveram como metas: implementar ações de controle da TB e hanseníase em 100% dos municípios prioritários, ao mesmo tempo que reafirmavam as metas do plano emergencial (HIJJAR *et al*, 2007). Em 2001, 328 municípios eram considerados prioritários para o PNCT, em 2011, este número é reduzido para 181 municípios, distribuídos da seguinte forma: 85 na região Sudeste, 44 no Nordeste, 27 no Sul, 16 no Norte e 9 na região Centro-Oeste. No Amazonas, há apenas dois municípios prioritários: Manaus e Parintins (BRASIL, 2011a).

O PNCT, desde 2004, está fundamentado na descentralização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB - que veem ocorrendo paulatinamente -, ampliando o acesso da

população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco de contrair a doença aos serviços de saúde. Esta ampliação pode ser devida a expansão da cobertura do PNCT no país, no entanto, atenção deve ser dada aos municípios sem casos conhecidos da doença, apontando para a existência de “municípios silenciosos”, onde possíveis falhas de vigilância da doença possam estar ocorrendo, necessitando serem identificadas e corrigidas (OLIVEIRA *et al*, 2013).

Todos os casos suspeitos de TB devem ser captados, atendidos e vinculados à AB, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou das UBS. O PNCT prevê que todos os casos de TB acompanhados pela AB realizem mensalmente a baciloscopia de controle, nos casos de TB pulmonar, sendo indispensáveis no segundo, quarto e sexto mês. Se, no final do segundo mês, o resultado da baciloscopia for positivo, os profissionais deverão solicitar cultura para micobactérias com identificação e teste de sensibilidade. É recomendado, também, o acompanhamento clínico mensal visando à identificação de queixas e sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença após a introdução dos medicamentos e a detecção de manifestações adversas de seu uso (BRASIL, 2011b).

Com a descentralização das ações de controle de TB para a atenção básica, além da adoção do DOTS, o PNCT reconhece a importância de ampliar o combate a TB a todos os serviços de saúde do SUS. No entanto, a descentralização das ações não apresenta desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico. Segundo SCATENA *et al* (2009), a forma de organização da atenção não é fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da TB. Além disso, Figueiredo *et al*. (2009) afirmam que o DOTS foi incorporado pelos serviços de saúde ou assumido apenas por uma pequena fração dos profissionais das equipes de saúde com uma estratégia de tratamento. Embora o tratamento da TB seja disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda representa um custo econômico para o doente de TB em função da necessidade de deslocamento até o serviço de saúde e perda do turno de trabalho para ser consultado.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico transversal e analítico, com coleta de dados primários, dos casos novos de TB, diagnosticados e residentes na cidade de Manaus no ano de 2014, de acordo com a situação de cura ao tratamento.

4.2 Local do estudo

Estudo realizado na cidade de Manaus, capital do Amazonas, que, apesar de concentrar metade da população do estado, registra, ao ano, cerca de 70% dos casos novos de TB do estado. Em 2003 iniciou-se o processo de descentralização das ações do PCT do nível estadual para o nível municipal. Mas somente em 2006 houve maior participação das UBS no diagnóstico e tratamento dos casos de TB (BRAGA *et al*, 2012). Entretanto, a cobertura da ESF ainda é muito baixa no município (cerca de 30%, para o ano de 2012) (BRASIL, 2013), o que dificulta as ações descentralizadas no âmbito da AB.

A rede municipal de saúde de Manaus está organizada em quatro Distritos Sanitários na área urbana e um rural: Distrito de Saúde Norte, Leste, Sul, Oeste e Rural, cujo número de unidades de saúde segundo a tipologia é apresentado abaixo (Quadro 1):

Tipologia da Unidade	Quantidade por Distrito de Saúde					Total
	Norte	Leste	Sul	Oeste	Rural	
Unidade Básica de Saúde da Família	53	39	48	41	-	181
Unidade Básica de Saúde	02	12	17	15	-	46
Serviço de Pronto Atendimento	03	02	-	-	-	05
Policlínica	02	03	02	02	-	09
Posto de Saúde Rural	02	-	-	-	18	20
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	02	02	02	03	-	09
Maternidade	-	-	-	01	-	01
Laboratórios distritais	01	01	01	01	-	04
Centro de Especialidade Odontológica	01	-	01	01	-	03
Centro de Atenção Psicossocial	-	01	01	-	-	02
Total	66	60	72	64	18	280

Quadro 1 - Número de Unidades da Rede Municipal de Saúde segundo a Tipologia e Distrito de Saúde, Manaus, 2013.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2013

O PCT está implantado em todas as UBS e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Os Serviços de Pronto Atendimento, embora realizem atendimento de urgência, possuem característica de unidade mista, pois também desenvolvem atendimento ambulatorial de forma que dispõem de todos os programas de atenção básica implantados. O mesmo ocorre nas Policlínicas, mesmo sendo unidades de referência para serviços de média complexidade.

Durante várias décadas, o atendimento dos casos de TB esteve centralizado na Policlínica Cardoso Fontes, centro de referência estadual para o controle da doença. Embora desde a década de 1990 já se vislumbrasse a descentralização do diagnóstico e tratamento da TB da Policlínica Cardoso Fontes para a rede básica de saúde, somente a partir de 2003 que se observou uma maior participação dessas unidades no acompanhamento de casos de TB que, em sua maioria, vinham transferidos da policlínica (MARREIRO *et al*, 2009). Mesmo com ampliação do papel das UBS no controle da TB, pelo menos 37,8% dos casos novos ainda eram notificados pela Policlínica Cardoso Fontes até 2012. Como estratégia de direcionar o atendimento e acompanhamento na atenção básica, os casos novos pulmonares, diagnosticados no centro de referência são encaminhados para continuar o atendimento na atenção básica, que fica responsável inclusive, pela notificação desses casos.

4.3 População de estudo

Neste estudo consideramos população de referência, os casos novos, notificados em 2014, em tratamento da TB na rede básica de saúde, residentes no município de Manaus.

Os critérios de inclusão foram: casos novos, residentes de Manaus, por volta dos primeiros 30 dias de tratamento da TB, com idade igual ou superior a 18 anos e capacidade de comunicação e compreensão preservadas.

Foram considerados como critério de exclusão os sujeitos transferidos para fora do município de Manaus ou que não realizaram acompanhamento ambulatorial na atenção básica e os que se autodeclararam indígenas.

A técnica de amostragem foi não-probabilística de todos os casos novos detectados no período da coleta de dados. Para o cálculo de tamanho da amostra consideramos a prevalência de abandono de tratamento de TB entre os casos novos de Manaus no ano 2011, conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) atualizados em julho de 2013, que foi 9,3% e definido por meio da seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra;

$Z_{\alpha/2}$ = valor crítico que corresponde ao nível de confiança desejado, que neste estudo foi 95%;

p = Proporção populacional de indivíduos que abandonaram o tratamento da TB em Manaus em 2011 (0,093);

q = Proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar ($q = 1 - p = 0,907$);

E = Erro máximo de estimativa. O nível de significância adotado no estudo foi 5%.

Portanto, o n estimado foi 130 pessoas, com acréscimos de 20% para possíveis perdas, totalizando 156 pessoas a serem recrutadas.

4.4 Instrumentos

O estudo utilizou um questionário individual (Apêndice A). Este questionário é um formulário com perguntas fechadas que permitiu à caracterização do sujeito quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos, processo saúde-doença, relação com os serviços de saúde e resultado do tratamento. Esse instrumento foi elaborado com base em estudos anteriores que proporcionaram elementos para a construção de indicadores relacionados à adesão ao tratamento da TB (BELCHIOR, 2012; CAVALCANTE, 2012) bem como questões que os autores da pesquisa julgaram relevantes para a compreensão do panorama a ser estudado. Ao questionário individual acrescentamos dados a serem colhidos da ficha de notificação, livro de acompanhamento do caso e prontuário do sujeito.

4.5 Coleta de dados

Para o acesso aos casos elaboramos um sistema de vigilância e comunicação com a Coordenação Municipal do PCT e com o Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes. Criamos uma estratégia de alimentação de informação aos integrantes do projeto, quanto ao número de doentes em início do tratamento e a data programada para o retorno à UBS.

O instrumento foi aplicado em forma de entrevista aos sujeitos por uma equipe de entrevistadores treinada. O formulário foi preenchido pelos entrevistadores com as respostas dos sujeitos. Foi elaborado um manual de campo para a padronização da coleta de dados e para o direcionamento do treinamento e do trabalho de campo. Esse treinamento ocorreu com

carga horária de 40 horas, no qual os entrevistadores foram sensibilizados para o projeto, e na sequência, estudaram o instrumento de coleta de dados item por item. Ao final, os entrevistadores treinaram a coleta de dados entre si e com observação da coordenação da pesquisa os mesmos aplicaram os questionários aos sujeitos. Somente após termos segurança da confiabilidade da coleta de dados é que encerramos a etapa de treinamento.

Foi realizado um pré-teste do instrumento de coleta com 10 pessoas que se encontravam nos primeiros 30 dias de tratamento para a TB, para a realização de possíveis ajustes no conteúdo. Essas pessoas entrevistadas para teste, não constaram da amostra da pesquisa.

Realizamos as entrevistas preferencialmente, nos serviços de saúde por ocasião do retorno às consultas médicas, de enfermagem ou no tratamento diretamente observado (TDO). Quando preferido pelo paciente, coletamos os dados no domicílio ou em seu local de trabalho.

As entrevistas ocorreram em dois momentos. O primeiro na Policlínica Cardoso Fontes nos primeiros 30 dias de tratamento. E o segundo momento no 6º mês de tratamento para obtenção de informações em relação ao tratamento e a relação com os serviços de saúde.

Para obtenção de informações sobre o desfecho ou sobre a transferência para outra UBS, utilizamos como fonte de dados: o prontuário dos sujeitos do estudo, fichas de acompanhamento do TDO e o livro de registro e controle de tratamento dos casos de TB, os quais foram acessados no período em que se previu o encerramento dos casos.

4.6 Variáveis de estudo

As variáveis individuais estão contidas no quadro esquemático apresentado na Figura 4. As variáveis estão organizadas em: demográficas; socioeconômicas; ambientais; comportamentais; clínicas; referentes à visão do doente frente à doença e ao tratamento; conhecimento sobre a doença e aspectos dos serviços de saúde e acompanhamento do programa de controle da TB.

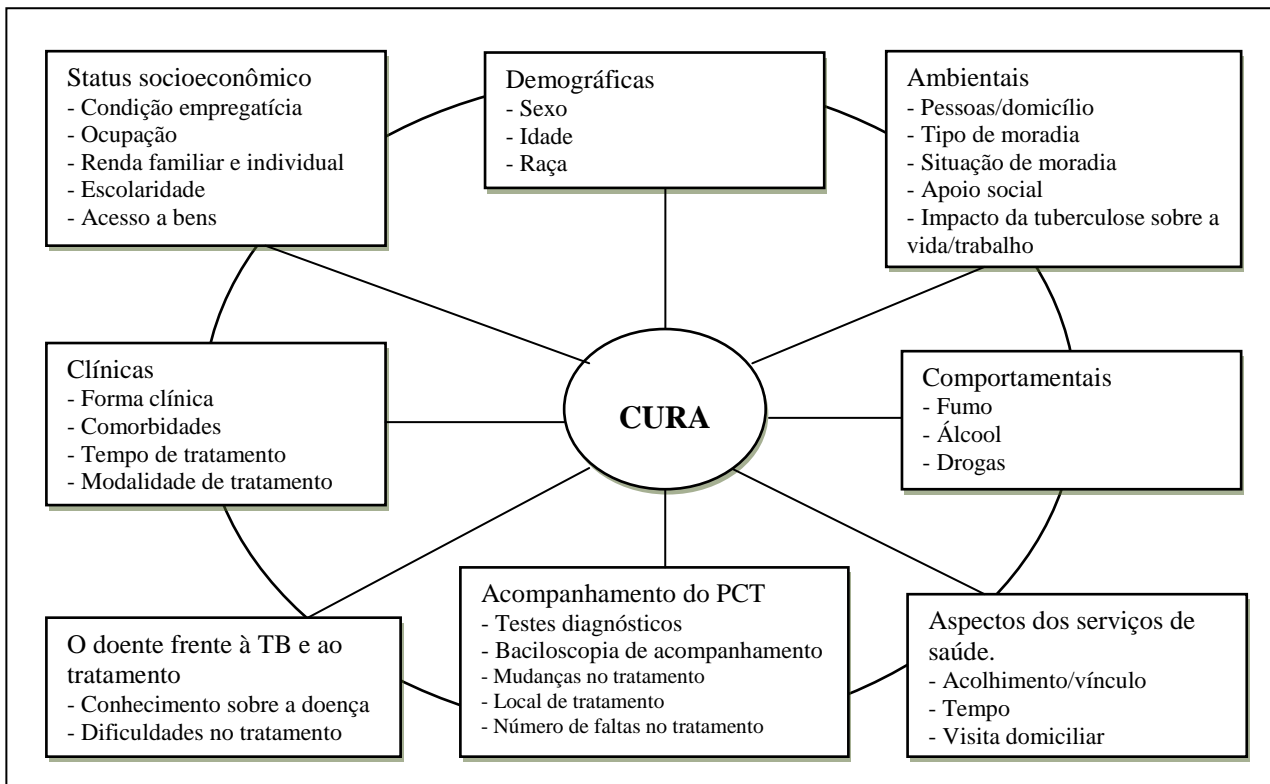


Figura 4 – Modelo esquemático das variáveis utilizadas neste estudo

4.7 Análise dos dados

Os dados foram digitados em sistema de dupla entrada, corrigidos erros de digitação e analisados através do programa SPSS 21.0.

Para a caracterização sócio-demográfica dos doentes do estudo, utilizaram-se técnicas de estatística descritiva contemplando frequência, média e desvio padrão, e mediana com intervalo interquartil, quando necessário.

Na caracterização clínica e de organização dos serviços de saúde, as variáveis foram analisadas também a partir de técnicas descritivas, utilizando-se frequência. Utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, conforme a necessidade, para análise de associação com a situação de cura. Para algumas variáveis ordinais, utilizamos o qui-quadrado de tendência. Utilizamos o nível de significância estatística menor que 5%.

4.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) (Anexo A), e contou com a anuência da Policlínica Cardoso

Fontes (Anexo B) e da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Anexo C) para a coleta de dados na policlínica e nas unidades de saúde do município, respectivamente.

Todos os sujeitos do estudo participaram das entrevistas, somente mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

5. RESULTADOS

Foram recrutados para o estudo 139 casos novos de tuberculose, 89,1% da amostra pretendida, identificados na unidade de referência selecionada, no período de julho a novembro de 2014. Desta população, 88 (63,3%) indivíduos são do sexo masculino, sendo predominantemente de cor parda, adultos jovens, com baixa escolaridade. A forma clínica pulmonar foi predominante, com 115 (82,7%) indivíduos. Entre as formas extrapulmonares, a TB pleural representou o maior número de casos, com 16 (66,6%) registros.

A tabela 1 traz as associações entre os casos novos, segundo a forma clínica, levando em consideração as variáveis sociodemográficas. Quando analisadas as proporções, verifica-se na variável sexo predominância de casos pulmonares em ambos os grupos, com cerca de 80% dos casos. A raça parda representou 74,1% dos casos, com distribuição de 83,5% em casos pulmonares e 16,5% em casos extrapulmonares.

Em relação à faixa etária, verifica-se predomínio de casos entre adultos jovens. Na forma pulmonar as concentrações ocorrem na faixa etária 18 a 29 anos (89,8%) e 50 a 59 anos (91,7%). Observa-se aumento de casos entre a faixa etária 60 anos ou mais, superando a distribuição registrada na faixa etária de 30 a 49 anos. Quanto à escolaridade, verifica-se predomínio de casos pulmonares nos graus de escolaridade menores, com decréscimo discreto de percentual com aumento da escolaridade.

Oitenta e cinco (61,1%) indivíduos, no momento da entrevista, possuíam trabalho (formal e/ou informal), com renda mensal média de R\$1.058,94 ($\pm 1.252,24$) e renda *per capita* de R\$ 604,80 ($\pm 497,46$). A renda mensal média e renda *per capita* dos casos pulmonares apresentaram valores menores do que os registrados para os casos extrapulmonares.

A densidade média intradomiciliar (pessoas por cômodo e pessoas por cômodo de dormir), foi maior entre os casos pulmonares em relação aos extrapulmonares. A média de pessoas por cômodos, em casos pulmonares, foi 1,34 ($\pm 1,20$) e de pessoas por cômodo de dormir de 2,31 ($\pm 1,29$).

Tabela 1 - Caracterização dos casos novos de tuberculose segundo forma clínica. Manaus, 2014.

Variável	Pulmonar % (n = 115)	Extrapulmonar % (n = 24)	Total n = 139
Sexo	p = 0,93		
Masculino	83,0	17,0	88
Feminino	82,4	17,6	51
Raça	p = 0,17		
Parda	83,5	16,5	103
Branca	73,1	26,9	26
Outros	100,0	0,0	9
Faixa etária	p = 0,08		
18 a 29 anos	89,8	10,2	49
30 a 49 anos	73,1	26,9	52
50 a 59 anos	91,7	8,3	24
60 anos ou mais	78,6	21,4	14
Estado Civil	p = 0,51		
Solteiro	86,9	13,1	61
Casado/ Vive junto	79,1	20,9	67
Viúvo/ Divorciado	81,8	18,2	11
Escolaridade	p = 0,80		
0 a 4 anos	87,5	12,5	16
5 a 8 anos	86,0	14,0	43
9 a 11 anos	80,4	19,6	56
12 anos ou mais	79,2	20,8	24
Trabalho	p = 0,76		
Sim	83,5	16,5	85
Não	81,5	18,5	54
Participa de reunião em grupo	p = 0,32		
Sim	79,7	20,3	74
Não	86,2	13,8	65
	média (dp)		
Pessoas por cômodo	1,34 (1,20)	1,04 (0,52)	1,28 (1,11)
Pessoas por cômodo de dormir	2,31 (1,29)	2,24 (0,99)	2,30 (1,24)
Renda mensal (R\$)	1.054,04 (1.261,99)	1.082,42 (1.230,49)	1.058,94 (1.252,24)
Renda per capita (R\$)	601,75 (508,56)	619,42 (450,16)	604,80 (497,46)

dp = desvio padrão; p = valor referente a estatística do teste qui-quadrado ou exato de fisher.
*Percentual calculado nas linhas de cada variável.

A tabela 2 mostra as associações entre os casos novos de TB, segundo forma clínica e cura, com variáveis clínicas selecionadas. Dos 139 casos iniciais, 113 obtiveram cura, 15 abandonaram o tratamento, 2 óbitos (1 por TB e 1 por outras causas) e 9 casos ainda estavam em tratamento no momento da entrevista. Observou-se associação estatística significativa entre cura e os não-fumantes (90,4%), os que não utilizam drogas (92,1%) e baciloscopia de acompanhamento realizadas entre os casos bacíferos. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa observou-se associação entre cura e não-fumantes (96,6%). Entre casos extrapulmonares não foram encontradas associações significativas.

Tabela 2 - Variáveis clínicas dos casos novos de tuberculose segundo forma clínica e desfecho de cura. Manaus, 2014.

Variável	Pulmonar Bk+	Pulmonar Bk-	Extrapulmonar
	% cura (n = 61)	% cura (n = 34)	% cura (n = 18)
Contato com TB	p = 0,22	p = 0,14	p = 0,56
Sim	93,1	81,8	88,9
Não	78,6	96,2	100,0
Cigarro	p = 0,03^a	p = 0,05^a	p = 0,72
Sim	70,0	75,0	100,0
Não	90,4	96,6	94,1
Bebida	p = 0,11	p = 0,39	p = 0,48
Sim	76,7	87,5	100,0
Não	90,5	95,2	92,3
Drogas	p < 0,01^a	p = 0,67	p = 0,81
Sim	33,3	100,0	100,0
Não	92,1	91,4	94,4
Presença de comorbidades	p = 0,30	p = 0,31	p = 0,81
Sim	93,3	100,0	100,0
Não	82,5	89,3	94,4
Dificuldades na vida pessoal/trabalho (1º mês)	p = 0,35	p = 0,40	p = 0,13
Sim	87,0	95,2	100,0
Não	83,3	87,5	83,3
Dificuldades na vida pessoal/trabalho (6º mês)	p = 0,72	p = 0,42	p = 0,28
Sim	88,2	87,5	100,0
Não	85,3	95,0	88,9
Dificuldades com os comprimidos	p = 0,94	p = 0,51	p = 0,18
Efeitos Adversos	87,1	100,0	100,0
Ingestão e Número de comprimidos	77,8	50,0	100,0
Sem Dificuldades	84,4	88,9	85,7

Cont. tabela 2

Variável	Pulmonar Bk+	Pulmonar Bk-	Extrapulmonar
	% cura (n = 61)	% cura (n = 34)	% cura (n = 18)
Teste de diagnóstico realizados^b			
Raio-X	89,1	91,2	94,1
Cultura	75,0	100,0	0,0
Baciloscopia	84,5	93,9	100,0
Tomografia	100,0	100,0	100,0
Outros testes	0,0	100,0	100,0
Teste anti-HIV	p = 0,38	p = 0,34	p = 0,43
Positivo	75,0	0,0	0,0
Negativo	89,1	95,5	91,7
Não Realizado	77,3	86,7	100,0
Baciloscopias de acompanhamento realizadas^c	p = 0,01^a	p = 0,40	
1º mês	85,7	100,0	0,0
2º mês	91,7	100,0	0,0
3º mês	89,4	100,0	0,0
4º mês	92,9	50,0	0,0
5º mês	100,0	100,0	0,0
6º mês	97,7	100,0	0,0

Bk+ = baciloscopia com resultado positivo; Bk- = baciloscopia com resultado negativo;

a = estatística significativa utilizando teste qui-quadrado de Pearson ou exato de fisher; b = não realizado teste de associação; c = não realizado teste de associação em casos extrapulmonares por não ter casos registrados. *Percentual calculado nas linhas de cada variável.

A tabela 3 retrata como as variáveis referentes à organização dos serviços de saúde no mês de diagnóstico do caso novo estão distribuídas, considerando a forma clínica e a cura do paciente. Não foram encontradas associações significativas entre as variáveis, porém observa-se que, entre os casos bacilíferos, 96,7% dos indivíduos foram diagnosticados no Centro de Referência e/ou Hospital/Serviço de Ponto-Atendimento, 78,7% chegaram à unidade encaminhados de outros serviços de saúde e 21,3% por iniciativa própria ou indicação de amigo/vizinho/familiar. Entre os bacilíferos, 26,2% conheciam o ACS de sua área de moradia. Maioria dos casos novos teve tempo de espera para atendimento no centro de referência de até 30 minutos. A proporção dos casos que gostariam de continuar o tratamento no centro de referência após realizado o diagnóstico foi 54,1% entre os bacilíferos, 75,7% entre casos pulmonares não-bacilíferos e 73,7% entre casos extrapulmonares.

Em relação ao tempo de diagnóstico, o tempo mediano total entre a percepção dos sintomas e o diagnóstico da doença entre os casos bacilíferos foi 60 dias (Q1= 34,5; Q3=108,0), sendo que o tempo mediano entre a percepção dos sintomas e o primeiro contato com um serviço de saúde foi 30 dias (Q1 = 15,0; Q3= 60,0), e entre a procura do serviço até o

diagnóstico foi 10 dias (Q1 = 7,0; Q3= 45,0). Entre os casos pulmonares não-bacilíferos, o tempo mediano total foi 77,5 dias (Q1 = 45,5; Q3= 150,0), com tempo mediano de 25 dias até a procura do serviço de saúde (Q1=9,2; Q3= 60,0) e 30 (Q1= 14,0; Q3= 60,0) dias para o diagnóstico. Nos casos extrapulmonares, independente da localização, o tempo mediano total foi 40 dias (Q1= 22,0; Q3=100,2), com tempo mediano de 14 dias (Q1=6,7; Q3= 26,2) para o procura do serviço de saúde e 23 dias (Q1= 12,5; Q3= 90,0) para o diagnóstico.

Tabela 3 - Variáveis de organização dos serviços de saúde, segundo forma clínica e adesão ao tratamento. 1º mês de tratamento. Manaus, 2014.

Variável	Pulmonar Bk+		Pulmonar Bk-		Extrapulmonar	
	n = 72		n = 37		n = 19	
	(n = 61)	% cura	(n = 34)	% cura	(n = 18)	% cura
Unidade de diagnóstico	p = 0,77		p = 0,41		p = 0,69	
Centro de referência	46	85,2	21	87,5	9	100,0
Hospital/Pronto-Atendimento	13	81,3	11	100,0	7	87,5
Consultório particular	2	100,0	2	100,0	1	100,0
Policlínicas/UBS	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Forma de procura da unidade	p = 0,58		p = 0,59		p = 0,06	
Iniciativa própria	8	80,0	5	83,3	2	66,7
Indicação de vizinho/amigo/familiar	5	100,0	5	100,0	1	100,0
Encaminhado de outro serviço de saúde	48	84,2	24	92,3	15	100,0
Conhece o ACS de sua área de residência	p = 0,13		p = 0,85		p = 0,87	
Sim	16	100,0	7	87,5	3	100,0
Não	44	80,0	26	92,9	14	93,3
Não há ACS	1	100,0	1	100,0	1	100,0
Marcação de consultas	p = 0,92		p = 0,41		p = 0,94	
Vai a unidade e marca antecipadamente, sem necessidade de fazer fila	7	11,5	6	100,0	2	100,0
Vai a unidade e fica na fila para pegar ficha	35	83,3	21	87,5	13	92,9
O agente comunitário marca a consulta	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Outros	19	86,4	7	100,0	2	100,0
Tempo de espera para ser atendido	p = 0,72		p = 0,85		p = 0,87	
Imediatamente	28	90,3	7	87,5	6	85,7
até 30 minutos	21	80,8	8	100,0	4	100,0
Entre 30 min e 1h	7	77,8	13	86,7	5	100,0
Entre 1h e 1h30m	2	100,0	2	100,0	1	100,0
Entre 1h30m e 2h	0	0,0	1	100,0	1	100,0
> 2 horas	3	75,0	3	100,0	1	100,0

Cont. tabela 3

Variável	Pulmonar Bk+		Pulmonar Bk-		Extrapulmonar	
	n = 72		n = 37		n = 19	
	(n = 61)	% cura	(n = 34)	% cura	(n = 18)	% cura
Ouvido em seus problemas	p = 0,09		p = 0,75		p = 0,94	
Sempre	41	82,0	24	88,9	16	94,1
Na maioria das vezes	12	92,3	6	100,0	1	100,0
Quase nunca ou nunca	8	100,0	4	100,0	1	100,0
Gostaria de continuar o tratamento na unidade	p = 0,98		p = 0,43		p = 0,60	
Sim	33	84,6	28	90,3	14	93,3
Não	28	84,8	6	100,0	4	100,0
	Mediana (Percentil 25 ; Percentil 75)					
Tempo (dias) entre sintomas e procura de uma unidade de saúde	30,0 (15,0 ; 60,0)		25,0 (9,2 ; 60,0)		14,0 (6,7 ; 26,2)	
Tempo (dias) entre procura de uma unidade de saúde e diagnóstico	10,0 (7,0 ; 45,0)		30,0 (14,0 ; 60,0)		23,0 (12,5 ; 90,0)	
Tempo total (dias) entre sintomas e diagnóstico	60,0 (34,5 ; 108,0)		77,5 (45,5 ; 150,0)		40,0 (22,0 ; 100,2)	

Bk+ = baciloscopia com resultado positivo; Bk- = baciloscopia com resultado negativo; UBS = Unidade Básica de Saúde; ACS = Agente Comunitário de Saúde. *Percentual calculado nas linhas de cada variável.

A tabela 4 retrata as variáveis referentes à organização dos serviços de saúde, coletadas no 6º mês de tratamento dos casos acompanhados, considerando a forma clínica e a cura do paciente. Entre os casos bacilíferos, observa-se associação entre cura e consulta de retorno agendado por médico ou enfermeiro ($p=0,01$), ser atendido sempre pelos mesmos profissionais ($p < 0,01$), tirar dúvidas sobre a doença ou tratamento com profissionais de saúde ($p= 0,01$), não receber visita domiciliar durante o tratamento ($p < 0,01$) e não pensar em se tratar em outra unidade de saúde ($p < 0,01$). Nos casos extrapulmonares encontrou-se associação entre cura e ser atendido sempre e/ou na maioria das vezes pelos mesmos profissionais ($p < 0,01$). Não foram encontradas associações entre os casos pulmonares não bacilíferos.

Tabela 4 - Variáveis de organização dos serviços de saúde, segundo forma clínica e adesão ao tratamento. 6º mês de tratamento. Manaus, 2014.

Variável	Pulmonar Bk+		Pulmonar Bk-		Extrapulmonar	
	n total = 72		n total = 37		n total = 19	
	(n = 61)	% cura	(n = 34)	% cura	(n = 18)	% cura
Unidade de tratamento^b	p= 0,19		p= 0,67			
Centro de referência	3	100,0	32	91,4	18	94,7
Policlínica/UBS	49	87,5	2	100,0	0	0,0
UBSF	9	69,2	0	0,0	0	0,0
Marcação de consultas	p= 0,01^a		p= 0,72		p < 0,01^a	
Vai a unidade e marca antecipadamente, sem necessidade de fazer fila	4	80,0	1	100,0	0	0,0
Vai a unidade e fica na fila para pegar ficha	5	100,0	27	90,0	17	100,0
O agente comunitário marca a consulta	1	50,0	0	0,0	0	0,0
O médico e/ou enfermeiro agenda a consulta de retorno	43	86,0	0	0,0	0	0,0
Outros	6	100,0	5	100,0	1	100,0
Atendimento pelos mesmos profissionais	p < 0,01^a		p= 0,09		p < 0,01^a	
Sempre	48	85,7	16	84,2	8	88,9
Na maioria das vezes	11	91,7	17	100,0	9	100,0
Quase nunca ou nunca	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Quem tira dúvidas sobre a doença ou tratamento	p= 0,01^a		p= 0,18		p= 0,76	
Familiares/ Amigos	3	75,0	3	75,0	1	100,0
Pessoas que já tiveram a doença	4	100,0	2	66,7	1	100,0
Profissionais de saúde	39	88,6	12	100,0	8	100,0
<i>Médico</i>	12	85,7	4	100,0	3	100,0
<i>Enfermeiro</i>	20	95,2	1	100,0	0	0,0
<i>Técnico de Enfermagem</i>	5	71,4	7	100,0	5	100,0
<i>Outros</i>	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Não precisou tirar dúvidas	13	81,3	16	94,1	8	88,9
Visita domiciliar^b	p < 0,01^a		p= 0,76			
Sim	13	76,5	1	100,0	0	0,0
Não	46	90,2	32	91,4	18	94,7
Pensou em se tratar em outra unidade	p < 0,01^a		p= 0,82		p= 0,09	
Sim	9	69,2	9	90,0	4	80,0
Não	50	90,9	24	92,3	14	100,0

Bk+ = baciloscopia com resultado positivo; Bk- = baciloscopia com resultado negativo; UBS = Unidade Básica de Saúde; UBSF = Unidade Básica de Saúde da Família;

a = estatística significativa utilizando teste qui-quadrado; b= não realizado teste de associação em casos extrapulmonares por não ter registro de não-cura. *Percentual calculado nas linhas de cada variável.

6. DISCUSSÃO

Entre os casos acompanhados, observam-se fatores relacionados ao doente e aos serviços de saúde que dificultam tanto o acesso ao diagnóstico quanto a adesão ao tratamento adequado da TB. Neste contexto, a TB possui estreita relação com os pacientes do sexo masculino, economicamente ativos, provedor do núcleo familiar e com baixa escolaridade, o que corrobora com outros estudos (BRAGA *et al.*, 2012).

Neste estudo, observou-se que 63,3% do total dos doentes eram do sexo masculino, semelhante aos achados de Braga *et al.* (2012), Garrido *et al.* (2012) e Oliveira *et al.* (2013). Dye (2006) declara que, mesmo com o passar dos anos, a TB comporta-se como uma doença predominantemente do sexo masculino. As diferenças de gênero podem ser causadas por fatores econômicos, culturais e sociais relacionados à exposição (BELO *et al.*, 2010). Em muitas sociedades, os homens são os únicos provedores na família, o que poderia resultar em uma maior exposição ao *Mycobacterium tuberculosis* fora de casa. Neste estudo, dos indivíduos que trabalhavam 70,2% eram homens. Porém, muitos autores (CASSELS *et al.*, 1982; HOLMES, HAUSLER e NUNN, 1998), especulam que o comportamento relacionado ao gênero, incluindo o acesso mais cedo e mais fácil dos homens a serviços de saúde de boa qualidade em contraste com as mulheres explica esta diferença, no entanto, no Brasil, esta explicação parece não ser a mais adequada, visto que o número de atendimentos médicos em serviços de saúde é maior entre as mulheres (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Em relação à raça/cor, a frequência dos pardos como predominantes no estudo pode estar relacionada ao perfil da população de Manaus, quanto à etnicidade e, não necessariamente, a qualquer predisposição étnica. Desse modo, essa característica não deve ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento da doença.

A TB é uma doença antiga e, mesmo com o envelhecimento da população, continua atingindo pessoas muito jovens em plena fase produtiva da vida (WHO, 2014). Isso denota, também, que os serviços de promoção de saúde e prevenção da doença não têm sido eficazes. O conhecimento das faixas etárias mais atingidas pela doença permite que o sistema de saúde municipal realize programas distintos de prevenção da doença para a população. O estudo demonstrou que o acometimento entre os adultos jovens (18 a 29 anos e 30 a 49 anos) representa a maioria dos casos de TB, independente da forma clínica.

Alerta-se, porém, o crescimento de casos em maiores de 60 anos e a dificuldade de reconhecimento do quadro clínico que, muitas vezes, é confundido com as alterações próprias do envelhecimento atrasando seu diagnóstico e com outras doenças como bronquite crônica do fumante e enfisema por terem sintomatologias semelhantes, tais como: tosse, perda de peso, fraqueza e dispnéia (CAVALCANTI *et al.*, 2006).

A escolaridade e renda são indicadores sociodemográficos que auxiliam compreender as TB com doença social. Os fatores sociais exercem principal influência na ocorrência da doença (XAVIER e BARRETO, 2007). A baixa escolaridade dos doentes contribui para os elevados índices de óbitos por TB e abandono do tratamento ao refletir o acesso individual e desigual à informação, a benefícios oriundos do conhecimento, aos bens de consumo e ao serviço de saúde e educação em saúde, dessa forma, os doentes tendem a possuir menor grau de percepção da doença (SAN PEDRO e OLIVEIRA, 2013). A densidade populacional também contribui para a disseminação da doença. Barr *et al.* (2001) observaram que o acréscimo de 10% na proporção de famílias vivendo com renda abaixo da linha de pobreza esteve associado com aumento de 33% na taxa de incidência de TB em bairros de Nova Iorque. Mangtani *et al* (1995) verificaram que o aumento de 1% na proporção de domicílios com mais de uma pessoa por cômodo representou aumento de 12% na taxa média de notificação de TB para os bairros de Londres.

Nesta pesquisa, o não uso do cigarro teve associação à cura do tratamento entre os casos pulmonares, com associação mais forte entre casos com baciloscopia positiva. Entre os extrapulmonares não houve associação. Existem evidências suficientes de que o tabagismo atua como um fator de risco para TB latente e ativa (RABAHI, 2012). Para que um programa de controle da tuberculose seja efetivo, o sistema de saúde não pode ser indiferente com o controle do tabagismo. Na prática clínica diária, duas ações principais devem ser instituídas: promover o tratamento da dependência ao tabaco para os pacientes que se apresentam enfermos com TB e tornar o local onde esse tipo de doente recebe assistência e tratamento para TB em um ambiente livre do tabaco (RABAHI, 2012).

O uso de drogas também esteve associado à não-cura dos sujeitos entre os bacilíferos. Não apresentando associação entre os casos pulmonares não-bacilíferos e extrapulmonares. O percentual de drogadição entre os casos foi 9,4%, sendo que, este percentual pode estar subestimado. O uso de drogas ilícitas é um fator importante na epidemiologia da TB em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Embora estudos demonstrem que os usuários de drogas com frequência atrasam o tratamento da TB, mesmo quando eles são sintomáticos,

existem hipóteses de que usuários podem ter ciência dos seus sintomas pela supressão do reflexo da tosse e pelo uso de opiáceos. Barreiras de tratamento, incluindo a baixa adesão e o acesso ilimitado aos cuidados representam desafios e servem como fatores de associação modificáveis (DEISS, RODWELL e GARFEIN, 2009). Esses fatores devem o foco das futuras intervenções visto que a falha do tratamento é o fator de risco principal para o desenvolvimento de resistência aos medicamentos.

Dentro o universo composto por doentes de TB existe uma diversidade de características individuais de diferentes naturezas que estão associadas ao resultado do tratamento da doença, como as dificuldades geradas pela doença e tratamento na vida pessoal ou profissional do indivíduo. Cada doente tem seus problemas específicos que devem ser identificados pelos profissionais de saúde a fim de priorizar a atenção e enfatizar ações específicas satisfazendo suas necessidades durante o processo de tratamento. Apesar deste estudo não apresentar associação entre as dificuldades relatadas no 1º ou 6º mês de tratamento e a cura, é possível observar que entre os casos que obtiveram cura as dificuldades foram diminuídas, passando de 57,4% no 1º mês para 42,2% no 6º mês, entre todas as formas clínicas, o que não é observado entre os casos de não-cura.

As principais dificuldades relatadas são decorrentes de perdas profissionais, como falta ao trabalho, afastamento do emprego e diminuição das atividades laborais. A demora no atendimento e horários incompatíveis com os turnos no emprego podem levar à necessidade de perda do dia de trabalho pelo paciente. A literatura ressalta que a rigidez na rotina de atendimento, por parte dos serviços de saúde, agrava as dificuldades econômicas e sociais vivenciadas pelos indivíduos portadores de TB (ARAKAWA *et al.*, 2011; LOUREIRO *et al.*, 2014). O tratamento de TB impõe carga financeira significativa aos doentes, muitos desses sem condições para arcar com gastos adicionais por serem responsáveis pelo ganho de sua família. Quando se reconhece a influência de fatores socioeconômicos na adesão ao tratamento de TB, percebe-se que, mesmo quando o tratamento é gratuito, a ausência de benefícios, ou suporte, para cobrir gastos com transporte, moradia e comida pode obstruir a continuidade do tratamento (ARAKAWA *et al.*, 2011).

Cerca de 40% dos indivíduos apresentaram efeitos adversos durante o tratamento, no entanto, não houve associação significativa com a cura. Ressalta-se que 11,7% dos sujeitos apesar de não apresentarem efeitos adversos durante o tratamento relataram dificuldades ou “confusão” na ingestão e número de comprimidos. Apesar das mudanças no tratamento realizadas pelo MS em 2009 com a introdução da dose fixa combinada é necessário que os

profissionais de saúde estejam atentos quanto ao número de comprimidos que o sujeito está ingerido para que desta forma não venha ocorrer resistência as drogas utilizadas.

Ressalta-se que 33,5% dos sujeitos do estudo não realizaram o teste anti-HIV. Devido à alta prevalência da co-infecção TB/HIV e pela dificuldade de identificar pela história clínica os pacientes co-infectados, há indicação de fazer o teste anti-HIV para todos os pacientes com TB ativa (BRASIL, 2011b). Os profissionais de saúde devem estar atentos ao fato de que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV no paciente com TB tem implicações terapêuticas importantes na evolução das duas patologias. A soropositividade entre os pacientes que realizaram o teste anti-HIV foi 4,8%.

As medidas de prevenção e controle do HIV e da TB não podem ser pensadas separadamente ao se considerar que a co-infecção pode elevar em 25 vezes o risco de desenvolver a TB doença e que as pessoas portadoras de ambas doenças têm um risco significativamente maior de morte (KERR-PONTES, OLIVEIRA e FREIRE, 1997). A questão da capacitação dos recursos humanos para ações de prevenção e infraestrutura para solicitação de exame para detectar co-infecção TB/HIV e realizar a vigilância epidemiológica do caso identificado devem ser considerados nos programas de educação permanente.

Em relação aos serviços de saúde, a OMS destaca a importância da organização e desempenho dos serviços de saúde nas ações de controle à TB, chegando a afirmar que o problema não está nas formas de detecção e tratamento, mas, sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB (WHO, 2014). Neste trabalho, avaliamos a organização dos serviços de saúde no 1º e 6º meses de tratamento conforme julgamento do indivíduo entrevistado. Foram encontradas associações, para casos pulmonares bacilíferos, entre cura e forma de marcação de consultas ($p=0,01$), atendimento sempre pelos mesmos profissionais ($p < 0,00$), dúvidas sobre a doença e tratamento compartilhadas entre o paciente e os profissionais de saúde ($p= 0,01$), não realização de visita domiciliar ($p < 0,00$), realização de baciloscopias de controle ($p= 0,01$) e não pensar em si tratar em outro serviço de saúde durante o tratamento ($p < 0,00$). Para casos pulmonares não-bacilíferos não foram encontradas associações entre cura e variáveis de organização de serviço. A cura e forma de marcação de consultas ($p < 0,00$) foi a única variável que teve associação entre os casos extrapulmonares.

Com a descentralização das ações de controle da TB para a atenção básica no de 2004, além da adoção da estratégia DOTS, o PNCT brasileiro reconhece a importância de ampliar o combate a TB a todos os sérvios de saúde do SUS. Portanto, visa à integração do controle da

TB com a atenção básica, incluindo a ESF para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento. Alguns estudos consideram que a porta de entrada para o diagnóstico da TB, na atenção primária à saúde, é um elemento que concorre para o não acesso, uma vez que a maioria desses serviços não dispõe de horários alternativos para o atendimento dos trabalhadores (ARAKAWA *et al*, 2011; LOUREIRO *et al*, 2014). Importante ressaltar que, 22,5% dos doentes foram diagnosticados em serviço de pronto-atendimento, esta escolha pode ter sido motivada pelo fato de encontrarem maior flexibilidade de horários para serem atendidos nesse serviço.

Em estudo realizado no município de Campinas revelou que a eliminação das barreiras de acesso nas unidades básicas de saúde da ESF foi superada pela flexibilidade e ampliação do acesso nos três turnos e aos sábados (ESCOREL *et al.*, 2007). No ano de 2012, a Secretaria Municipal de Manaus assumiu o compromisso da ampliação do horário de atendimento em 10 UBS do município que passaram a atender a população de segunda a sexta-feira das 07:00 às 21:00 horas e aos sábados de 07:00 às 13:00 ampliando o acesso da população aos serviços de saúde, porém o número de unidades deve ser ampliada para comportar atendimento a demanda do município.

Concentrar o atendimento à terapêutica em unidades de referência, no entanto, também pode gerar obstáculos em relação à distância entre o domicílio do paciente e o serviço de saúde onde o tratamento é feito, gerando obstáculos à acessibilidade geográfica.

Em Manaus, o processo de descentralização das ações de controle da TB teve início na década de 1990, porém, até 2002, somente 4% dos casos eram notificados pela atenção básica de saúde do município. A partir do ano de 2003, os casos diagnosticados nas unidades de referência eram encaminhados para continuidade do tratamento na atenção básica e encerrados por transferência na unidade de origem (MARREIRO *et al*, 2009). Atualmente, os casos bacilíferos diagnosticados nas unidades de referência são encaminhados para a atenção básica para continuidade de tratamento e notificação como casos novos. Cerca de 20% dos indivíduos diagnosticados com TB procuraram a unidade de referência por meio de iniciativa própria e/ou indicação de vizinho/amigo/familiar, demonstrando que a população ainda reconhece a unidade como o principal ponto de atenção para o diagnóstico e tratamento da doença.

Dessa forma, a descentralização das ações de controle da TB em Manaus vem se moldando de forma lenta à medida que se reorganiza a rede de assistência à saúde, articulada sobretudo, com a ampliação da cobertura da ESF, no entanto, a implantação e impacto da

ESF nos municípios do Amazonas, incluindo Manaus, classifica-se como insatisfatória (OLIVEIRA, GONÇALVES e PIRES, 2011). Além disso, o PSF não sofre mudança de cobertura desde 2003. Em 2003, a população coberta por ESF era 35,6% e em 2014 a proporção foi 34,6%, demonstrando a fragilidade deste programa no município.

Entre os casos bacíferos, cerca de 80% chegaram à unidade encaminhados de outros pontos de atenção, evidenciando a fragilidade de diagnóstico nestes serviços. Alternativa para diminuição destes encaminhamentos é a ampliação da realização de baciloscopia para a rede de serviços de saúde que acarretaria a detecção precoce dos doentes de TB e início imediato do tratamento dos casos. Loureiro *et al* (2014) mostram que parte expressiva dos doentes que procuraram qualquer tipo de serviço de saúde foram encaminhados a outro serviço para a realização deste. No entanto, é importante ressaltar que a insuficiente oferta do procedimento de coleta de escarro pelos serviços de saúde exige deslocamento dos suspeitos de TB para outros serviços. Ao transferir para os pacientes a responsabilidade de proceder à coleta e encarregá-los de levar o material ao local estabelecido, coloca-se em risco a ação planejada.

Desde o ano de 2014, Manaus conta com o Teste Molecular Rápido para detecção do *Mycobacterium tuberculosis* (TRM-TB), com tempo de processamento e detecção da amostra de escarro de 2 horas. O TRM-TB é realizado somente em suspeitos de casos novos de TB. São 6 pontos em Manaus com a tecnologia implantada: Laboratórios distritais da SEMSA (Norte, Sul, Leste e Oeste), Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes e a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Apesar da implantação do teste rápido, a logística para entrega do material biológico não foram alterados em relação à baciloscopia de escarro.

A realização do exame radiológico é outra forma de diagnóstico, indicada para suspeita clínica de TB em pacientes imunodeprimidos e em doentes com sintomas respiratórios e baciloscopia negativa (BRASIL, 2011b). A solicitação de radiografia ocorreu em cerca de 95% dos casos, indicando boa cobertura.

A responsabilidade principal pelo tempo transcorrido desde o primeiro atendimento até o início do tratamento depende da habilidade e capacidade do sistema de saúde de diagnosticar e instituir o tratamento. Quanto mais rápido for o diagnóstico e início do tratamento da TB, menor a possibilidade de agravamento do quadro clínico e maior a chance de cura sugerindo um bom desempenho dos profissionais de saúde nas rotinas de colheita, leitura do exame e início do tratamento dos pacientes matriculados no serviço (JOB *et al.*, 1986).

Penna (1998) avaliou a efetividade epidemiológica dos PCTs baseados na descoberta de casos e seu tratamento. Considerou serem tardias as intervenções, como o tratamento, no sentido de se evitar a infecção dos comunicantes, que são infectados antes do diagnóstico do caso índice. A autora estimou que o período de tempo mínimo necessário para o início do tratamento a partir do início dos sintomas, dentro do que é factível para o programa brasileiro, é de 8 semanas. Em nosso estudo, os casos bacilíferos que obtiveram cura da doença foram diagnosticados em 8,5 semanas (tempo mediano).

No entanto, não há uma definição consensual do tempo aceitável para o diagnóstico da TB. Em revisão sistemática, nos países desenvolvidos, o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é de 61,3 dias, com média de tempo do paciente de 25,8 dias e média de tempo do sistema de saúde de 21,5 dias, ao passo que, nos países em desenvolvimento, essas médias são, respectivamente, de 67,8, 31,7 e 28,4 dias (SREERAMAREDDY *et al.*, 2009). Vários fatores foram associados ao atraso paciente tais como escolaridade, renda, desemprego, sexo e dificuldade de acesso à rede pública de saúde (MACHADO *et al.*, 2011; SREERAMAREDDY *et al.*, 2009).

Entre os bacilíferos, 22,5% dos sujeitos conheciam o ACS de sua área de moradia. No controle da TB, espera-se que o ACS seja capaz de identificar na comunidade, por meio de visitas domiciliares, aqueles indivíduos que apresentem tosse por três semanas ou mais (sintomático respiratório) e encaminhá-los aos serviços de saúde. Além disso, que orientem a família e a comunidade, acompanhem a tomada dos medicamentos pelos pacientes (tratamento supervisionado) e organizem reuniões com os membros da comunidade (BRASIL, 2011b; MACIEL *et al.*, 2008). Este grande percentual de bacilíferos diagnosticados em outros pontos de atenção evidencia a baixa realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios nas áreas com ESF, bem como, a baixa atenção dada pelos ACS e profissionais da ESF para a tuberculose.

As relações de vínculo analisadas (atendimento pelos mesmos profissionais, compartilhamento de dúvidas com os profissionais de saúde, desejo de continuar o tratamento na unidade) mostraram-se associadas à cura do doente. A partir do vínculo, pode ocorrer o estabelecimento de relações de escuta, diálogo e respeito, manifestado em atitudes baseadas no cuidado e na confiança quando o doente se percebe aceito e próximo dos profissionais que se responsabilizam pelo seu bem-estar, além de incentivar a autonomia e o cuidado com a sua saúde.

Quase metade dos indivíduos compartilharam suas dúvidas com profissionais médicos (32,2%), enfermeiros (35,6%) e técnicos de enfermagem (20,3%), melhorando seus conhecimentos sobre a doença. Ter conhecimento sobre a TB é fator chave para influenciar diretamente a adesão ao tratamento, uma vez que os doentes reconhecem a gravidade da doença e não interrompem o tratamento na melhora dos sintomas, pois reconhecem a importância da cura e realizam o tratamento adequado de forma contínua (BELCHIOR, 2012).

Desse modo, incube aos profissionais de saúde o reconhecimento de que as informações acerca da doença são tão essenciais quanto à supervisão da ingestão medicamentosa, tendo em vista que se trata de uma doença curável, se realizado o tratamento regularmente. Além disso, é importante realizar orientações sobre a transmissão e o tratamento da doença, a fim de possibilitar a interrupção da cadeia de transmissão e a resistência do bacilo, se houver a adesão do doente.

As baciloscopias de controle são indicadores importantes de acompanhamento dos casos bacíferos, e, conforme o MS, sua realização é prioritária 2º, 4º e 6º meses. Neste estudo o percentual de realização de baciloscopia entre os que obtiveram cura ficou em torno de 70% e entre os que não curaram 37%. Viana (2014) aponta que a realização das baciloscopias de acompanhamento não apresenta bom desempenho em todas as macrorregiões do Brasil. A realização de baciloscopia pode nos revelar duas situações: (i) a importância dada pelo paciente ao seu tratamento e (ii) a importância dada pelo serviço de saúde ao acompanhamento do tratamento de seu usuário. Portanto, a realização da baciloscopia de controle é uma estrada de mão dupla dependente da oferta e incentivo pelo serviço de saúde e a atenção dada pelo usuário. Conforme salientado por Belo *et al.* (2013), os indivíduos que não realizaram ou que realizaram apenas uma baciloscopia apresentam em relação aos que realizaram duas ou mais, chances 12 vezes maiores de abandonarem o tratamento, reforçando assim a importância de sua realização.

Em relação às visitas domiciliares, o estudo mostrou que poucas visitas são realizadas. A não realização de visita domiciliar esteve associada à cura entre os bacíferos, evidenciando que as visitas são realizadas somente naqueles pacientes em iminência de abandonarem, mesmo naqueles indivíduos que realizaram seu tratamento em UBSF. A realização de visitas domiciliares exige, da unidade de referência e UBS, reorganização de suas atividades internas e a existência de estrutura mínima (viatura, motorista e profissional de saúde), necessária para desenvolver as atividades do tratamento de TB no domicílio do

paciente e, ao mesmo tempo, garantir a continuidade das atividades executadas no âmbito do serviço.

O cuidado em saúde à TB, incluindo o planejamento das visitas domiciliares, precisa considerar as necessidades e preferências do doente e o contexto em que o mesmo vive. Além do objetivo de supervisionar a ingestão da medicação, é necessário enfatizar que as visitas domiciliares e a estratégia do tratamento supervisionado são compostas de outros elementos, como avaliação de contato, apoio psicossocial, dentre outros, os quais são fundamentais para a adesão ao tratamento e prevenção da doença no contexto familiar.

Uma limitação dessa investigação deve-se ao fato do número de indivíduos estudados ser aquém do previsto no tamanho amostral calculado. Entretanto, considerando-se a natureza exploratória da investigação e a ausência de informações disponíveis a essa pergunta de investigação, a realização dessa pesquisa e seus resultados contribuem para o conhecimento dos fatores associados à cura nesse cenário de atenção ao paciente de TB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou analisar o perfil clínico-epidemiológico e o acompanhamento dos casos novos de TB no município de Manaus no ano de 2014, considerando a distribuição da doença segundo a forma clínica e cura. A partir da análise dos dados, observaram-se aspectos que indicam fragilidades dos serviços de saúde, dentre os quais podemos destacar a concentração do diagnóstico da TB na unidade de referência do município, mesmo após a descentralização das ações de controle para a rede básica de saúde do município. Desse modo, existe a necessidade de repensar um modelo assistencial que incorpore de fato a atenção básica como porta de entrada para o diagnóstico, e que nesse âmbito seja realizado o diagnóstico precoce, o tratamento de forma adequada e oportuna, com a ampliação/expansão do tratamento supervisionado, de acordo com as recomendações instituídas pelo PNCT. Outro fator que pode concorrer para o aumento do diagnóstico é a sensibilização dos profissionais de saúde da atenção básica para a busca regular de sintomáticos respiratórios na área de abrangência, assim como na identificação de sintomáticos na população que procura os serviços de saúde por outras necessidades.

Diante dos resultados do estudo, conclui-se que a redução da tuberculose depende essencialmente de ações intersetoriais, interdisciplinares, maior articulação entre os pontos de atenção à saúde, qualificação e sensibilização dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, S. A. D. e HONER, M. R. Abandono do tratamento da tuberculose em duas unidades de referência de Campo Grande, MS - 2002 e 2003. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v.14, p.167-171. 2006.
- AMAZONAS, G. D. E. D. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Boletim de Vigilância em Saúde. Manaus: Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. 2013. <http://www.fvs.am.gov.br/images/pdf/publicacoes-boletim-2013.pdf>.
- ARAKAWA, T., *et al.* Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.19, n.4, p.994-1002. 2011.
- BARR, R. G., *et al.* Neighborhood Poverty and the Resurgence of Tuberculosis in New York City, 1984–1992. *American Journal of Public Health*, v.91, n.9, 10/23/accepted, p.1487-1493. 2001.
- BARREIRA, D. e GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saude Publica*, v.41, p.4-8. 2007.
- BELCHIOR, A. S. *O conhecimento dos pacientes acerca da tuberculose: um estudo de caso controle, Manaus - AM.* (Dissertação). Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2012. 101 p.
- BELO, E. N., *et al.* Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. *Rev Panam Salud Publica*, v.34, n.5, p.321-329. 2013.
- BELO, M. T. C. T., *et al.* Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.36, n.5, p.621-625. 2010.
- BERBEN, L., *et al.* An ecological perspective on medication adherence. *West J Nurs Res*, v.34, n.5, Aug, p.635-653. 2012.
- BERTOLOZZI, M. R., *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*, v.43, n.spe2, 2009/12, p.1326-1330. 2009.
- BRAGA, J. U., *et al.* Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. *Cad Saúde Colet*, v.20, n.2, p.225-233. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota Técnica nº 15 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS. Define os critérios para a priorização de municípios no controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2011a. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_prioritarios.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 284 p. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2012a. 110 p. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico* v.43, n.Especial Tuberculose, p.1-12. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico* v.46, n.9, p.1-19. 2015.

BRASIL, P. E. A. A. D. *Fatores preditores de abandono de tratamento de tuberculose: uma metanálise*. (Tese). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. 120 p.

BRASIL, P. E. A. A. D. e BRAGA, J. U. Meta-analysis of factors related to health services that predict treatment default by tuberculosis patients. *Cad Saude Publica*, v.24, n.Supl 4, p.S485-S485-482. 2008.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. D. S. e TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). *J Bras Pneumol*, v.37, n.6, p.776-782. 2011.

CASSELS, A., *et al.* Tuberculosis case-finding in Eastern Nepal. *Tubercle*, v.63, n.3, Sep, p.175-185. 1982.

CAVALCANTE, E. G. R. *Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose: uma proposta para a atenção primária à saúde*. (Tese). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. 204 p.

CAVALCANTI, Z. D. R., *et al.* Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.32, n.6, p.535-543. 2006.

CONDE, M. e RABAHI, M. F. O esquema e o regime de tratamento da tuberculose ativa. In: CONDE, M., FITERMAN, J., *et al* (Ed.). *Tuberculose*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.143-152

CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med*, v.20, n.1, p.29-37. 1985.

COSTA, J. S. D. e VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.9, n.1, p.144-146. 2006.

- COSTA, S. M., *et al.* Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município de Rio Grande (RS). *Cien Saude Colet*, v.16, n.Supl. 1, p.1427-1435. 2011.
- DEISS, R. G.; RODWELL, T. C. e GARFEIN, R. S. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin Infect Dis*, v.48, n.1, Jan 1, p.72-82. 2009.
- DYE, C. Global epidemiology of tuberculosis. *The Lancet*, v.367, n.9514, p.938-940. 2006.
- ESCOREL, S., *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.21, n.2, p.164-176. 2007.
- FIGUEIREDO, T. M. R. M., *et al.* Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, v.43, n.5, p.825-831. 2009.
- FINLAY, A., *et al.* Patient- and provider-level risk factors associated with default from tuberculosis treatment, South Africa, 2002: a case-control study. *BMC Public Health*, v.12, p.56. 2012.
- GARRIDO, M. S., *et al.* Factors associated with tuberculosis treatment default in an endemic area of the Brazilian Amazon: a case control-study. *PLoS ONE*, v.7, n.6, p.e39134. 2012.
- GONÇALVES, H., *et al.* Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saude Publica*, v.15, n.4, 1999/12, p.777-787. 1999.
- GONÇALVES, M. J. F. e FERREIRA, A. A. Factors associated with length of hospital stay among HIV positive and HIV negative patients with tuberculosis in Brazil. *PLoS ONE*, v.8, n.4, p.e60487. 2013.
- HIJJAR, M. A., *et al.* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saude Publica*, v.41, p.50-57. 2007.
- HIJJAR, M. A., *et al.* Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão RJ*, v.14, n.4, 2005/00, p.310-314. 2005.
- HOLMES, C. B.; HAUSLER, H. e NUNN, P. A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*, v.2, n.2, Feb, p.96-104. 1998.
- JOB, J. R. P. P., *et al.* Informações que antecederam o diagnóstico de tuberculose pulmonar e tempo decorrido até o início do tratamento em pacientes matriculados em Centro de Saúde, São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, v.20, n.1, p.21-25. 1986.
- KERR-PONTES, L. R. S.; OLIVEIRA, F. A. S. e FREIRE, C. A. M. Tuberculose associada à AIDS: situação de região do Nordeste brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n.4, p.323-329. 1997.
- KIDD, K. E. e ALTMAN, D. G. Adherence in Social Context. *Control Clin Trials*, v.21, n.5, Suppl 1, p.S184-S187. 2000.

LOUREIRO, R. B., *et al.* Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.4, p.1233-1244. 2014.

MACHADO, A. C. D. F. T., *et al.* Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.37, n.4, p.512-520. 2011.

MACIEL, E. L. N., *et al.* O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.6, p.1377-1386. 2008.

MANGTANI, P., *et al.* Socioeconomic deprivation and notification rates for tuberculosis in London during 1982-91. *Bmj*, v.310, n.6985, Apr 15, p.963-966. 1995.

MARREIRO, L. D. S., *et al.* Tuberculose em Manaus, Estado do Amazonas: resultado de tratamento após a descentralização. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.18, n.3, p.237-242. 2009.

MENDES, A. D. M. e FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v.12, p.27-38. 2004.

MUNRO, S. A., *et al.* Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS Med*, v.4, n.7, p.e238. 2007.

MUTURE, B., *et al.* Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in nairobi province, Kenya: A case control study. *BMC Public Health*, v.11, n.1, p.696. 2011.

NATAL, S., *et al.* Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v.7, n.1, p.65-78. 1999.

OLIVEIRA, G. P., *et al.* Tuberculosis in Brazil: last ten years analysis - 2001-2010. *Braz J Infec Dis*, v.17, n.2, p.218-233. 2013.

OLIVEIRA, H. M. D.; GONÇALVES, M. J. F. e PIRES, R. O. M. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cadernos de Saúde Pública*, v.27, p.35-45. 2011.

OLIVEIRA, H. M. M. G., *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes portadores de TB internados em um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.35, p.780-787. 2009.

OLIVEIRA, N. F., *et al.* A assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família e o controle da tuberculose em Manaus de 2006 a 2009. *Anais do 63º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Maceió, AL: Associação Brasileira de Enfermagem. 2011. ISBN: 978-85-87582-45-4

PENNA, M. L. Tuberculose: Assistência ou Controle? Revisão dos dados que apóiam a existência de efetividade epidemiológica dos programas de controle baseados no diagnóstico e tratamento de casos. *Boletim da Campanha Nacional Contra a Tuberculose*, v.2, n.1, p.5-4. 1998.

PINHEIRO, R. S., *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n.4, p.687-707. 2002.

RABAHI, M. F. Tuberculose e tabagismo. *Pulmao RJ*, v.21, n.1. 2012.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.10, n.3, p.129-138. 2001.

SÁ, L. D. D., *et al.* Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v.16, p.712-718. 2007.

SABATÉ, E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003. whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf.

SAN PEDRO, A. e OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*, v.33, n.4. 2013.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev Saude Publica*, v.41, p.89-93. 2007.

SANTOS, M. D. L. S. G., *et al.* Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.15, p.762-767. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Mudanças no tratamento da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, v.44, p.197-199. 2010.

SCATENA, L. M., *et al.* Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saude Publica*, v.43, n.3, p.389-397. 2009.

SREERAMAREDDY, C. T., *et al.* Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. *BMC Infect Dis*, v.9, p.91. 2009.

TACHFOUTI, N., *et al.* The impact of knowledge and attitudes on adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a Moroccan region. *Pan Afr Med J*, v.12, p.52. 2012.

TERRA, M. F. e BERTOLOZZI, M. R. Tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Rev Lat Am Enfermagem*, v.16, n.4, p.659-664. 2008.

VIANA, P. V. D. S. *Tuberculose no Brasil: uma análise dos dados de notificação, segundo macro-região e raça/cor, para o período 2008-2011.* (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. 110 p.

WHO. World Health Organization. WHO Tuberculosis Programme: framework for effective tuberculosis control. Geneva: World Health Organization. 1994. http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_TB_94.179.pdf.

_____. World Health Organization. The Stop TB Strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva: World Health Organization. 2006. http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf.

_____. World Health Organization. Global tuberculosis report 2012. Geneva: World Health Organization. 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502_eng.pdf.

_____. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization. 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1.

XAVIER, M. I. M. e BARRETO, M. L. Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: o perfil na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.2, p.445-453. 2007.

ZACHARIAH, R., *et al.* Language in tuberculosis services: can we change to patient-centred terminology and stop the paradigm of blaming the patients? *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, v.16, n.6, p.714-717. 2012.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de coleta de dados



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane

PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS DA AMAZÔNIA.

Questionário sobre fatores de adesão ao tratamento da tuberculose em Manaus

Número do questionário: |__| |__| - |0|0|0|

COLETA DE DADOS

1 coleta

Pesquisador: _____ Data: _/ _/ _ _ _ _

2 coleta (Desfecho do caso)

Pesquisador: _____ Data: _/ _/ _ _ _ _

DIGITAÇÃO DOS DADOS

Digitador: _____ Data: _/ _/ _ _ _ _

Digitador: _____ Data: _/ _/ _ _ _ _

Apresentação:

Bom dia/ Boa tarde!

Meu nome é.....

Estou realizando uma pesquisa.

Posso conversar um pouco com o(a) Sr.(a)?

O(A) Sr.(a) aceita participar desta pesquisa?

Observação: Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitar a assinatura ou impressão digital.

Só após a aceitação do sujeito poderá ser iniciada a aplicação do Questionário

Atualizado em 26 de Junho de 2014

Módulo 1 - O doente de TB (1º Mês)**Identificação da unidade de diagnóstico e tratamento**

- 1 Unidade de diagnóstico:** _____
- 1.1 Unidade de notificação:** _____
- 2 Unidade de tratamento:** _____
- 2.1 Faz da parte da ESF?** () Sim () Não
- 2.2 Registro na unidade (prontuário):** _____
- 2.3 Distrito Sanitário de Saúde:** () Norte () Leste () Sul () Oeste () Rural

Identificação do paciente

- 3 Qual seu nome?** _____
- 4 Qual a data do seu nascimento?** ____/____/____ **4.1 Qual a sua idade (em anos)?** _____
- 5 Sexo:** () Masculino () Feminino
- 6 Telefone para contato: (92)** _____
- 7 Entre as opções que vou ler, a sua cor/raça é:** () Branca () Preta () Amarela () Parda () Não sabe/não respondeu
- 8 Qual o seu estado civil?** () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Vive junto () Outros _____
- 9 O(A) sr(a) é brasileiro(a)?** () Sim () Não
- 9.1 Se NÃO, de qual país você é?** _____

Variáveis econômicas e ambientais

- 10 Qual o endereço de sua casa? Rua/Av/ Beco** _____
- 10.1 Número:** _____ **10.2 Complemento:** _____
- 10.3 Bairro:** _____
- 11 Sua moradia é do tipo:**
- () Casa
- () Quarto/Kitnet
- () Apartamento
- () Abrigo, albergue, asilo e/ou moradias comunitárias
- () Outros: _____
- 12 Sua moradia é:**
- () Própria
- () Alugada
- () Cedida
- () Outros _____
- 13 Nessa moradia, quantas pessoas convivem com o(a) sr.(a)?** _____
- 14 Quantos cômodos/compartimentos têm seu local de moradia?** _____
- 14.1 Do total de cômodos/compartimentos, quantos são utilizados para dormir?** _____
- 15 Incluindo o(a) sr(a), qual o número de pessoas que utilizam o seu quarto/aposento para dormir?** _____
- 15.1 Caso DURMA SOZINHO, o(a) sr(a) passou a dormir sozinho(a) por que está com tuberculose?**
- () Sim () Não
- 16 Seu domicílio possui água encanada da rede pública?**
- () Sim () Não

16.1 Se NÃO, qual a origem da água:

- () Poço artesiano
 () Poço raso/cacimba
 () Rio, igarapé ou lago
 () Outro: _____

17 Seu domicílio possui luz elétrica?

- () Sim () Não

18 No local em que o(a) sr.(a) mora o lixo é coletado todos os dias pelo serviço de limpeza pública?

- () Sim () Não () Não sabe informar

18.1 Se NÃO, quantas vezes por semana o lixo é coletado? _____**19 Você participa de alguma reunião de grupo em sua comunidade? () Sim () Não****19.1 Se NÃO, porque não participa? _____****19.2 Se SIM, qual(is) grupo(s)?**
_____**20 O(a) sr(a) está trabalhando atualmente? () Sim () Não****20.1 Se SIM, qual a sua ocupação/profissão?**
_____**20.1.1 É carteira assinada, contrato de trabalho ou servidor público? () Sim () Não****20.2 Se NÃO, por quê?**

- () Afastamento devido á doença
 () Desemprego
 () Estudante
 () Do lar
 () Aposentado
 () Outros _____

20.2.1 Há quanto tempo não tem emprego/ trabalho formal (em meses)? _____**21 Qual sua renda mensal (em R\$)? _____****22 Qual a soma total dos salários dos moradores em seu domicilio (em R\$)? _____****23 O(a) sr(a) estudou ou estuda? () Sim () Não****23.1 Até que série/ano o(a) Sr(a) estudou?**
_____**Variáveis clínicas, comportamentais e relacionadas aos serviços de saúde****24 Algum profissional de saúde já lhe informou que o(a) sr(a) é portador(a) de algum problema de saúde abaixo:**

- Diabetes (açúcar no sangue) () Sim () Não
 Hipertensão (pressão alta) () Sim () Não
 Doenças renais crônicas () Sim () Não
 Lúpus () Sim () Não
 Pneumonia () Sim () Não
 Outras _____

- () Não possuo outras doenças

25 O(a) Sr(a) já teve contato/convivência próxima com pessoas com tuberculose no último ano?

- () Sim () Não () Não sabe informar/não respondeu

25.1 Se SIM, onde?

- () Na residência
 () No trabalho

() Outro: _____

25.2 Quem era esse contato?

- () Familiares
 () Vizinhos
 () Colegas de trabalho
 ()
 Outros: _____

26 Quanto tempo, a partir do início dos sintomas, o(a) sr(a) demorou em procurar uma unidade de saúde?
 _____ (em dias)

27 A partir do momento em que procurou a unidade de saúde quanto tempo demorou a ser diagnosticado (saber mesmo qual o seu problema de saúde)? _____ (em dias).

28 O(a) sr(a) procurou esta unidade por iniciativa própria ou foi encaminhado?

- () Iniciativa própria
 () Indicação de vizinho/conhecido/familiar
 () Encaminhado por profissional de saúde/serviço de saúde
 () Farmácia local

29 Qual foi o tempo de duração do tratamento que lhe foi informado (em meses)? _____

30 Como é o seu tratamento da tuberculose? O(a) Sr(a) vem tomar a medicação aqui na unidade ou toma em casa?

- () Faz TDO () Faz tratamento auto administrado

30.1 Quantas vezes faz tratamento supervisionado por semana? _____

31 De um ANO para cá você fumou algum cigarro?

- () Não () Sim

32 De um MÊS para cá você fumou algum cigarro?

- () Não
 () Sim, fumei de 1 a 5 dias
 () Sim, fumei de 6 a 19 dias
 () Sim, fumei de 20 dias ou mais
 () Não se aplica

33 De um ANO para cá você tomou alguma bebida alcoólica?

- () Não () Sim

34 De um MÊS para cá você tomou alguma bebida alcoólica?

- () Não
 () Sim, tomei de 1 a 5 dias
 () Sim, tomei de 6 a 19 dias
 () Sim, tomei de 20 dias ou mais
 () Não se aplica

35 O(a) sr(a) usa algum tipo de droga?

- () Sim () Não

35.1 Se SIM, qual tipo?

- () Cocaína
 () Crack
 () Maconha
 () Outra: _____

36 O(a) Sr(a) tem algum apoio da família e/ou colegas de trabalho para o tratamento da tuberculose?

- () Sim **36.1 Se SIM, de quem?** _____
 () Não

37 O(a) Sr(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em sua vida e/ou trabalho?

- () Sim () Não () Não sabe/ não respondeu

37.1 Se SIM, quais?

38 O(a) sr(a) sente que é ouvido/escutado quando fala dos seus problemas de saúde aqui neste serviço?

- () Sempre
 () Na maioria das vezes
 () Quase nunca
 () Nunca
 () Não sabe/não respondeu

39 Você conhece o agente comunitário de saúde da sua área de residência?

- () Sim
 () Não
 () Não há agente comunitário na minha área.

40 O(a) Sr(a) gostaria de continuar o tratamento aqui neste serviço?

- () Sim **40.1 Se SIM, porquê?**

- () Não **40.2 Se NÃO, porquê?**

41 Quanto tempo o(a) Sr(a) espera para ser atendido neste serviço de saúde?

- () Imediatamente () mais 1 hora a 1 hora e meia
 () Até 30 minutos () mais 1 hora e meia a 2 horas
 () mais 30 minutos a 1 hora () mais de 2 horas

42 Na maioria das vezes, como o(a) sr(a) consegue marcar suas consultas aqui na unidade de saúde?

- () Vai à unidade e marca atendimento antecipadamente, sem a necessidade de fazer fila.
 () Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha
 () O agente comunitário de saúde marca a consulta
 () O médico e/ou enfermeiro agenda a consulta de retorno para continuar o tratamento
 () Outros _____

Conhecimento do doente acerca da tuberculose

43 Das opções que vou ler, quais dessas o(a) sr(a) acha que se pega/adquire ou adoece por tuberculose:

	SIM	NÃO	NÃO SABE
Com picada de insetos?			
Pela tosse de uma pessoa com tuberculose que não está em tratamento?			
Pela tosse de uma pessoa com tuberculose que está em tratamento?			
Beijando na boca de uma pessoa com tuberculose?			
Comendo no mesmo prato que uma pessoa com tuberculose?			
Morando com uma pessoa com tuberculose?			
Abraçando uma pessoa com tuberculose?			

Contato com sangue de uma pessoa com tuberculose?			
Tendo relação sexual com uma pessoa com tuberculose?			
Abrindo a geladeira sem camisa?			

Outros (especificar): _____

44 Das opções que vou ler, me informe quais os tratamentos possíveis para tuberculose:

	SIM	NÃO	NÃO SABE
Vacina			
Inalação			
Injeções			
Comprimidos para tuberculose			
Cura espiritual			
Chás			
Rezas ou orações			

Outros (especificar): _____

45 Quanto tempo demora o tratamento da tuberculose normalmente?

- () 1 mês () 4 meses
 () 2 meses () 6 meses
 () 3 meses () 2 anos
 () Não sabe/não respondeu
 () Outros (especificar): _____

46 Você acha que pode parar o tratamento assim que você se sentir melhor? () Sim () Não

47 Das opções que vou ler, informe o que pode ser feito para evitar pegar/adoecer por tuberculose?:

	SIM	NÃO	NÃO SABE
Tomar vacina			
Usar preservativos			
Evitar picada de insetos			
Evitar beijar na boca de uma pessoa com tuberculose			
Evitar abraçar uma pessoa com tuberculose			
Evitar contato com sangue de uma pessoa com tuberculose			
Evitar ficar no mesmo ambiente de uma pessoa com tuberculose que ainda não começou o tratamento			
Não ter relação sexual com uma pessoa com tuberculose			

Outros (especificar): _____

ATENÇÃO: Aqui encerra-se a entrevista realizada no 1º mês de tratamento. Você deve agradecer a participação do entrevistado e alertá-lo para possível visita dos entrevistadores no 6º mês de tratamento.

Módulo 2 – O doente de TB (6º mês)

48 Incluindo o(a) sr(a), qual o número de pessoas que utilizam o seu quarto/aposento para dormir? _____

48.1 Caso DURMA SOZINHO, o(a) sr(a) passou a dormir sozinho(a) por que está com tuberculose?

() Sim () Não

48.1.1 Caso SIM, qual o número de pessoas que utilizavam o seu quarto/aposento para dormir antes do diagnóstico da tuberculose? _____

49 O(a) Sr(a) tem tido ou teve alguma dificuldade em relação aos comprimidos para tuberculose?

() Não () Sim

49.1 Se SIM, qual a dificuldade?

() Efeitos adversos. Quais _____

() Ingestão de medicamentos, incluindo o número e volume dos medicamentos

() Outros _____

50 O(a) Sr(a) teve ou tem algum apoio da família e/ou colegas de trabalho para o tratamento da tuberculose?

() Sim **50.1 Se SIM, de quem?** _____

() Não

51 O(a) Sr(a) considera que a tuberculose causou alguma dificuldade em sua vida e/ou trabalho?

() Sim () Não () Não sabe/ não respondeu

51.1 Se SIM, quais?

52 Com que frequência o(a) Sr(a) é atendido pelos mesmos profissionais de saúde neste serviço?

() Sempre

() Na maioria das vezes

() Quase nunca

() Nunca

() Somente uma única vez

() Não sabe/não respondeu

53 Quando o(a) Sr(a) tem alguma dúvida sobre a doença ou sobre o seu tratamento, com quem fala?

() Familiares

() Amigos

() Pessoas que já tiveram tuberculose

() Profissionais de saúde da unidade de saúde

() Até o momento ainda não precisou tirar dúvidas sobre a doença e/ou tratamento

53.1 Se PROFISSIONAIS DA SAÚDE, com qual profissional o(a) Sr(a) se sente mais a vontade para tirar suas dúvidas?

() Farmacêutico

() Médico

() Enfermeiro

() Técnico de enfermagem/Agente comunitário de saúde

() Outro: _____

54 Em algum momento do tratamento o(a) sr(a) pensou em si tratar em outra unidade de saúde?

() Sim . **54.1 Se SIM, porquê?**

() Não. **54.2 Se NÃO, porquê?**

55 Na maioria das vezes, como o(a) sr(a) consegue marcar suas consultas aqui na unidade de saúde?

() Vai à unidade e marca atendimento antecipadamente, sem a necessidade de fazer fila.

() Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha

() O agente comunitário de saúde marca a consulta

() O médico e/ou enfermeiro agenda a consulta de retorno para continuar o tratamento

() Outros _____

56 Algum profissional desta unidade de saúde já realizou visita em sua casa depois que o(a) sr(a) recebeu o diagnóstico de tuberculose?

() Sim

() Não

56.1 Se SIM, qual o profissional de saúde foi em sua casa?

() Médico

() Enfermeiro

() ACS/Técnico de enfermagem

Módulo 3 – As informações na unidade de saúde (6º mês)

Informações a serem obtidas no prontuário do paciente, ficha de acompanhamento do tdo e livro de registro e acompanhamento dos casos de tuberculose (itens 48 a XX):

57 Data da notificação da TB: _/ _/ _/ _ _ _ _

58 Data do início do tratamento da TB: _/ _/ _/ _ _ _ _

59 Tipo de TB: _____

60. Houve mudança na forma clínica durante o tratamento?

() Sim. Qual? _____

() Não

61. Esquema de tratamento utilizado:

() esquema I (2RZHE/4RH). Esquema básico

() esquema II (2RZHE/7RH)

() Esquemas especiais _____

62. Houve mudança no esquema de tratamento

() Sim. Qual? _____

() Não

63 Teste anti-HIV: () positivo () negativo () em andamento () não realizado

64 Testes diagnósticos realizados

Raio- X

() Normal

() Sugestiva/suspeita para tuberculose

() Sugestiva para outra patologia respiratória

() Não realizado

Cultura.

() Positivo () Negativo () Não realizada

Baciloscopia

() Sim () Não

1ª amostra: _____

2ª amostra: _____

Tomografia

() Normal

() Sugestiva/suspeita para tuberculose

() Sugestiva para outra patologia respiratória

() Não realizado

65 Baciloscopia de acompanhamento realizadas

1º mês. Data: _/ _/ _/ _ _ _ _ . Resultado: _____ () Não realizado

2º mês. Data: _/ _/ _/ _ _ _ _ . Resultado: _____ () Não realizado

3º mês. Data: _/ _/ _/ _ _ _ _ . Resultado: _____ () Não realizado

4º mês. Data: _/ _/ _/ _ _ _ _ . Resultado: _____ () Não realizado

5º mês. Data: _/ _/ _/ _ _ _ _ . Resultado: _____ () Não realizado

6º mês. Data: _/ _/ _/ _ _ _ _ . Resultado: _____ () Não realizado

66 Houve mudanças no regime de tratamento do paciente?

- Sim. **66.1 Quais?** _____
 Não

67 Faltas ocorridas durante o período de monitoramento do paciente?

- 1º mês Sim Não Atraso
2º mês Sim Não Atraso
3º mês Sim Não Atraso
4º mês Sim Não Atraso
5º mês Sim Não Atraso
6º mês Sim Não Atraso

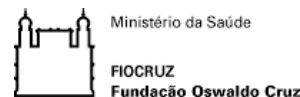
68 Após os seis meses de monitoramento, qual a situação do tratamento do paciente?

- Cura
 Transferência. **68.1 Porque?** _____
 Óbito por TB
 Óbito por outras causas
 Abandono
 TBMDR
 Outros: _____
Observações: _____

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UFAM



PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Este é um convite para você participar da pesquisa “**Fatores associados à adesão ao tratamento da tuberculose em Manaus: análise multinível**” sob responsabilidade da Prof^a Dr^a Maria Jacirema Ferreira Gonçalves e Daniel Souza Sacramento.

A pesquisa tem como objetivo identificar se fatores relacionados ao indivíduo e/ou seu contexto social estão associados à adesão ao tratamento da tuberculose no município de Manaus. Para esse fim, será aplicado um questionário em 156 pessoas doentes com tuberculose que se encontram por volta dos primeiros 30 dias de tratamento e que são acompanhados nas unidades ambulatoriais da cidade de Manaus.

Este questionário aborda algumas questões sobre suas informações pessoais, vida, trabalho, sobre sua doença e o tratamento na unidade de saúde e dura cerca de 20 minutos. Os procedimentos da pesquisa oferecem riscos mínimos ao doente, tais como o incômodo de relatar uma vez mais os fatores relacionados à doença, bem como, constrangimento em responder questões relacionadas à sua privacidade e conhecimento sobre a doença. Caso não se sinta à vontade, o(a) Sr(a) pode deixar de responder alguma pergunta. Isto não causará nenhum prejuízo na sua relação com os pesquisadores, as instituições envolvidas ou sua inserção no serviço de saúde.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Ressaltamos, porém, a importância da sua participação, pois estará contribuindo para ajudar na melhoria do atendimento e tratamento aos pacientes com tuberculose.

Os participantes da pesquisa não terão qualquer benefício financeiro proveniente desta pesquisa. Todavia, estão contribuindo para o estudo de uma doença que ainda mata muitas pessoas.

Os resultados obtidos desta pesquisa serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte dos pesquisadores em manter o sigilo e o anonimato de todos os participantes.

Caso tenha alguma dúvida, estou à disposição após a entrevista e no telefone: (92) 9320-9585 ou na Escola de Enfermagem de Manaus/UFAM, Rua Teresina, 495, Sala 46, Adrianópolis, Manaus-AM.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM no endereço Escola de Enfermagem de Manaus, Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM ou pelo telefone (92) 3305-5130.

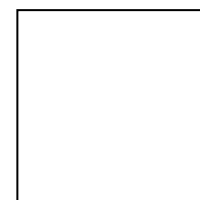
Agradecemos a sua atenção e caso aceite participar, solicito a sua confirmação neste documento.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “**Fatores associados à adesão ao tratamento da tuberculose em Manaus: análise multinível**”.

Manaus, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante



Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXOS

Anexo A – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados à adesão ao tratamento da tuberculose em Manaus: análise multinível

Pesquisador: Daniel Souza Sacramento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30929514.3.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazonia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 667.130

Data da Relatoria: 28/05/2014

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 29 de Maio de 2014

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Anexo B – Termo de Anuência da Policlínica Cardoso Fontes

Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes
Secretaria de Estado da Saúde
Rua Lobo D'Almada 222
Centro
Manaus – AM

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador Daniel Souza Sacramento, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “Fatores associados à adesão ao tratamento da tuberculose em Manaus: análise multinível”, que está sob orientação da Profª Drª Maria Jacirema Ferreira Gonçalves, cujo objetivo é identificar fatores individuais e contextuais associados à adesão ao tratamento ambulatorial da tuberculose no município de Manaus, neste estabelecimento.

A aceitação está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins da pesquisa.

Manaus, 27 de Janeiro de 2014

A handwritten signature in blue ink, reading "Irineide Assumpção Antunes", written over a horizontal line.

Irineide Assumpção Antunes

Diretora do Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes

A handwritten signature in blue ink, reading "Irineide Assumpção Antunes", with a blue ink stamp below it. The stamp contains the text "Irineide Assumpção Antunes" and "POLICLINICA CARDOSO FONTES" along with some illegible numbers.

Anexo C – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus



Saúde



Manaus, 21 de fevereiro de 2014

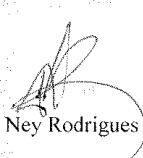
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada **“Fatores associados à adesão ao tratamento da Tuberculose em Manaus: Análise Multinível”** de responsabilidade do pesquisador **Daniel de Souza Sacramento** sob orientação da **Professora Doutora Maria Jacirema Ferreira Gonçalves** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Esse procedimento busca orientar-se com o item III. 1, da Res. CNS n.º 466/12, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no COEP.


Nora Ney Rodrigues

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa

COEP/SEMSA