

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS ASSOCIADOS À ADESÃO
AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM MANAUS

Bolsista: Débora Cristina Brasil da Silva, CNPq

MANAUS

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB – S – 0055/2014

FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS ASSOCIADOS À ADESÃO
AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM MANAUS

Bolsista: Débora Cristina Brasil da Silva, CNPq

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

Colaborador: Daniel Souza Sacramento

MANAUS

2015

Todos os direitos deste relatório são reservados à Universidade Federal do Amazonas, ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Ciência da Informação e aos seus autores. Parte deste relatório só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas, desenvolvido pela acadêmica do curso de Enfermagem Débora Cristina Brasil da Silva

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 4 |
| 1.1 Objetivo Geral | 5 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA | 5 |
| 2.1 O que é adesão | 5 |
| 2.2 Teoria da determinação social da doença..... | 6 |
| 2.3 Controle da tuberculose na atenção básica..... | 7 |
| 3. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA | 9 |
| 3.1 Tipo de estudo | 9 |
| 3.2 Local de estudo e fonte dos dados..... | 9 |
| 3.3 Participantes do estudo..... | 9 |
| 3.4 Critérios de inclusão/exclusão/adesão..... | 9 |
| 3.5 Instrumentos | 10 |
| 3.6 Coleta de dados | 10 |
| 3.7 Análise dos dados..... | 11 |
| 3.8 Considerações éticas | 12 |
| 4. RESULTADOS | 12 |
| 5. DISCUSSÃO | 15 |
| 6. CONCLUSÃO | 16 |
| 7. REFERÊNCIAS | 17 |
| 8. ANEXO A | 20 |

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) 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). Um dos fatores que contribui para esse cenário é a baixa adesão ao tratamento da doença, visto que a terapêutica se prolonga por no mínimo 6 meses divididos em duas fases (BRASIL, 2011).

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.

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.

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).

Nesse sentido, é necessário ampliar o entendimento dos aspectos individuais e contextuais que integram a análise da adesão ao tratamento da TB, 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 adesão ao tratamento.

1.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil dos pacientes, conforme a situação de cura no 6º. mês de acompanhamento, como uma aproximação da adesão ao tratamento da tuberculose, assim como descrever fatores individuais e contextuais dos casos novos da doença em tratamento ambulatorial na cidade de Manaus no ano de 2014.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O que é adesão

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 ao tratamento 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).

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” vem 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). Nesse sentido, a OMS estimula que não se utilize o termo abandono e sugere que se atribua perda de seguimento do paciente, o que atribui a responsabilidade ao serviço de saúde que perdeu o paciente do acompanhamento (WHO, 2013).

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). 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 programa nacional de controle da tuberculose (PNCT), da UBS (Unidade Básica de Saúde) ou da equipe de saúde (GONÇALVES *et al.*, 1999).

2.2 Teoria da determinação social da doença

A Teoria da Determinação Social da Saúde considera o processo Saúde-Doença amplo, dinâmico e complexo (BREILH, 1991). Esta teoria se contrapõe à da multicausalidade, pois relaciona a forma como a sociedade está organizada ao aparecimento de riscos e potencialidades que determinam os processos de adoecer e morrer (FONSECA, EGRY e BERTOLOZZI, 2006), criando a necessidade de buscar fatores individuais e

contextuais que expliquem o fenômeno. Neste contexto, as situações de vulnerabilidade nos níveis individuais e do contexto ambiental em que o doente vive também são consideradas.

Portanto, partindo do conceito de adesão, já destacado, 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. Assim sendo, a adesão pode ser analisada a partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença, com a qual os fenômenos saúde e doença são interpretados como expressões de um mesmo processo, evidenciando seu duplo caráter: o biológico e o social, pois encara que a natureza humana, apesar de ter um lastro biológico, se determina a partir da vida em sociedade. O processo saúde-doença manifesta-se por meio de diferentes fenômenos cuja frequência e intensidade variam no tempo e espaço e podem ser expressos nos níveis: individual ou singular; do grupo social cujo elemento de ligação dos seus componentes seja o trabalho (primordialmente da classe social); e da estrutura social (FONSECA, EGRY e BERTOLOZZI, 2006).

2.3 Controle da tuberculose na atenção básica

A atenção primária em saúde (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, 2012).

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).

O PNCT, desde 2004, está fundamentado na descentralização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB para a AB - que vem 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, 2011).

Com a descentralização das ações de controle de TB para a AB, além da adoção da *Estratégia Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS), o PNCT reconhece a importância de ampliar o combate a TB em todo o 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.

3. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico prospectivo e analítico dos casos novos de TB, diagnosticados e residentes na cidade de Manaus no ano de 2014, até a ocorrência do desfecho de adesão ao primeiro tratamento da TB.

3.2 Local de estudo e fonte dos dados

O estudo foi realizado na cidade de Manaus, capital do Amazonas, que possui população de 1.802.014 habitantes, correspondendo a 51,7% da população do estado (IBGE, 2013) e registra, ao ano, cerca de 70% dos casos novos de TB do estado do Amazonas.

3.3 Participantes do estudo

Utilizamos como população de referência, os casos novos de TB notificados e residentes em Manaus no ano de 2014, em tratamento na rede básica de saúde do município.

3.4 Critérios de inclusão/exclusão/adesão

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.

Como critério de exclusão: sujeitos transferidos para fora do município de Manaus, que declararam raça indígena - por recomendação do comitê de ética em pesquisa, ou que não estiveram em acompanhamento ambulatorial na atenção básica.

Os critérios de adesão ao tratamento foram: situação no 6º mês de tratamento de cura ou seguimento do tratamento; e de não adesão ao tratamento: abandono, doentes que necessitaram prolongar o tratamento devido faltas ou *missing* (sem informação registrada).

3.5 Instrumentos

O estudo utilizou-se de questionário individual para coleta de dados dos sujeitos. O questionário foi um formulário com perguntas fechadas que permitiram a 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). Ao questionário individual acrescentamos dados a serem colhidos do prontuário e da ficha de notificação e acompanhamento do caso.

3.6 Coleta de dados

Os dados aqui apresentados correspondem a 1ª fase da coleta de dados realizada no período de julho a novembro de 2014 realizada no Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes e 2ª fase da coleta de dados realizada no período de janeiro a junho de 2015 no local de desfecho do caso.

Para o acesso aos casos foi elaborado um sistema de vigilância e comunicação com a Coordenação Municipal do PCT e com o Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes e 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 4 entrevistadores treinada e o formulário foi preenchido pelos entrevistadores com as respostas dos sujeitos. Foi elaborado um manual de campo para a padronização da coleta de dados, 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.

Realizamos um pré-teste do instrumento de coleta com 10 pessoas que se encontram nos primeiros 30 dias de tratamento para a TB, para a realização de possíveis ajustes no conteúdo – tais entrevistas não fizeram parte da análise final dos dados. As entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde por ocasião do retorno às consultas médicas, de enfermagem ou no TDO. As entrevistas duraram em média 20 minutos e o percentual de recusa foi mínimo (4 casos).

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 previmos o possível encerramento dos casos

3.7 Análise dos dados

Os dados foram digitados em sistema de dupla entrada para comparação dos bancos e analisados através do programa SPSS versão 21.0. O SPSS foi utilizado para organização das tabelas e análise descritiva dos dados por meio da observação das frequências.

3.8 Considerações éticas

O projeto fez parte um projeto maior, denominado “Fatores associados à adesão ao tratamento da tuberculose em Manaus: análise multinível”, cuja autorização encontra-se no Anexo A. O mesmo foi submetido para avaliação ética, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, e foi aprovado sob o CAAE No. 30929514.3.0000.5020.

4. RESULTADOS

Foram entrevistados 139 (89,1%) dos casos novos de tuberculose definidos na amostra. Todos os pacientes foram captados no Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes. Os sujeitos que recebiam diagnóstico de TB pulmonar com baciloscopia negativa e TB extrapulmonar continuavam o acompanhamento do tratamento no Centro de Referência. Já os sujeitos diagnosticados com TB pulmonar com baciloscopia positiva recebiam tratamento para os 15 dias e eram encaminhados para as unidades de AB com o programa de controle de tuberculose implantado mais próximo de sua residência, que ficavam responsáveis pela sua notificação e consecução de tratamento

A tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes, conforme situação de cura, por sexo, raça, faixa etária, escolaridade e renda. Verifica-se que a maior parte dos sujeitos sexo masculino (63,3%), de raça parda (74,4%), adultos jovens entre 18 e 29 anos (34,5%) e entre 30 e 39 anos (22,3%). Ao verificar a escolaridade dos participantes (por anos de estudo), encontramos que 40,3% frequentaram a escola por 9 e 11 anos. Cinquenta participantes (36%) possuem renda individual entre 1 a < 2 salários mínimos. Trinta e sete participantes (26,6%) relataram não possuir renda e 8,6% dos participantes informaram que possuem renda inferior a um salário mínimo.

| | Cura | | | | | |
|--------------------------------------|-------------|----------|------------|----------|--------------|----------|
| | Sim | | Não | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 69 | 61,1 | 19 | 73,1 | 88 | 63,3 |
| Feminino | 44 | 38,9 | 7 | 26,9 | 51 | 36,7 |
| Raça | | | | | | |
| Branca | 23 | 20,4 | 3 | 11,5 | 26 | 18,7 |
| Preta | 7 | 6,2 | 1 | 3,8 | 8 | 5,8 |
| Amarela | 1 | 0,9 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 |
| Parda | 81 | 71,7 | 22 | 84,6 | 103 | 74,1 |
| Não sabe | 1 | 0,9 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 |
| Faixa etária (anos) | | | | | | |
| 18 a 29 | 39 | 34,5 | 9 | 34,6 | 48 | 34,5 |
| 30 a 39 | 21 | 18,6 | 10 | 38,5 | 31 | 22,3 |
| 40 a 49 | 18 | 15,9 | 3 | 11,5 | 21 | 15,1 |
| 50 a 59 | 22 | 19,5 | 3 | 11,5 | 25 | 18,0 |
| 60 ou mais | 13 | 11,5 | 1 | 3,8 | 14 | 10,1 |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | | | | |
| 0 | 5 | 4,4 | 0 | 0,0 | 5 | 3,5 |
| 1 a 8 | 41 | 36,3 | 13 | 50,0 | 54 | 38,8 |
| 9 a 11 | 43 | 38,1 | 13 | 50,0 | 56 | 40,3 |
| 12 ou mais | 24 | 21,2 | 0 | 0,0 | 24 | 17,3 |
| Renda* | | | | | | |
| Sem renda | 26 | 23,0 | 11 | 42,3 | 37 | 26,6 |
| Menos de 1 salário mínimo | 11 | 9,7 | 1 | 3,8 | 12 | 8,6 |
| 1 a < 2 salários mínimos | 39 | 34,5 | 11 | 42,3 | 50 | 36,0 |
| 2 a < 3 salários mínimos | 19 | 16,8 | 1 | 3,8 | 20 | 14,4 |
| 3 salários mínimos ou mais | 18 | 15,9 | 2 | 7,7 | 20 | 14,4 |

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos de acordo com a situação de cura dos pacientes no 6º. mês de tratamento, Manaus, 2014.

*Salário mínimo com base no ano 2014 (R\$ 724,00).

A tabela 2 apresenta as formas clínicas da tuberculose. A forma clínica mais frequente, 113 pacientes (81,3%), foi a pulmonar, dos quais 94 sujeitos (83,2%) obtiveram cura. A segunda forma clínica mais encontrada foi a pleural, em 16 pacientes (11,5%), onde 14 destes (12,4%) tiveram a cura como desfecho. A forma pulmonar + extrapulmonar foi a terceira mais encontrada, ocorrendo em três pacientes (2,2%).

| | Cura | | | | Total | |
|--------------------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| | Sim | | Não | | N | % |
| | n | % | n | % | | |
| Pulmonar | 94 | 83,2 | 19 | 73,1 | 113 | 81,3 |
| Pulmonar + extrapulmonar | 2 | 1,8 | 1 | 3,8 | 3 | 2,2 |
| Pleural | 14 | 12,4 | 2 | 7,7 | 16 | 11,5 |
| Ganglionar periférica | 1 | 0,9 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 |
| Miliar | 0 | 0,0 | 1 | 3,8 | 1 | 0,7 |
| Outras localizações | 2 | 1,8 | 3 | 11,5 | 5 | 3,6 |
| Total | 113 | 100 | 26 | 100 | 139 | 100 |

Tabela 3 – Forma clínica de tuberculose, conforme a situação de cura dos pacientes no 6º. mês de tratamento, Manaus, 2014.

Na tabela 3 descrevemos a frequência de realização de exames de imagem e laboratoriais, conforme a cura. Dos 139 participantes do estudo, 121 (87,1%) deles realizaram baciloscopia de diagnóstico. Quanto ao Raio-X, 107 pacientes (77%) realizaram o exame e 88 obtiveram cura. 105 participantes (75,5%) realizaram testagem para HIV, onde 88 curaram. Quanto à tomografia, 23 pacientes (16,5%) realizaram o exame e 19 tiveram a cura como desfecho. Em relação às baciloskopias de acompanhamento do 2º mês, somente 53 pacientes (38,8%) realizaram o exame; já no 4º mês, 45 pacientes (32,3%) o realizaram; e, no 6º mês, 48 pacientes (34,5%) realizaram.

| | Cura | | Exames Realizados (%) | Exames Não Realizados (%) |
|-----------------------------|---------|---------|-----------------------|---------------------------|
| | Sim (n) | Não (n) | | |
| Baciloscopia de diagnóstico | 102 | 19 | 87,1 | 12,9 |
| Realização de Raio-X | 88 | 19 | 77,0 | 23,0 |
| Testagem para HIV | 85 | 20 | 75,5 | 24,5 |
| Tomografia | 19 | 04 | 16,5 | 83,5 |
| Baciloscopia 1º mês | 46 | 08 | 38,8 | 61,2 |
| Baciloscopia 2º mês | 48 | 05 | 38,6 | 61,4 |
| Baciloscopia 3º mês | 45 | 06 | 36,7 | 63,3 |
| Baciloscopia 4º mês | 40 | 05 | 32,3 | 67,7 |
| Baciloscopia 5º mês | 42 | 01 | 30,9 | 69,1 |
| Baciloscopia 6º mês | 46 | 02 | 34,5 | 65,5 |

Tabela 3 – Exames realizados durante o acompanhamento, conforme situação de cura dos pacientes no 6º. mês de tratamento, Manaus, 2014

5. DISCUSSÃO

Devido às dificuldades em concluir a etapa de coleta de dados, bem como alguns pacientes ainda estarem em tratamento, visto que nem todos completam o tratamento básico em 6 meses, não foi possível atender ao objetivo inicial do projeto referente à adesão ao tratamento propriamente dita. Portanto, apresentamos aqui uma análise a partir da informação de cura, optando por uma descrição dos casos. Como se trata de um projeto maior, ainda em execução, posteriormente teremos os resultados finais.

A caracterização dos sujeitos, quanto ao sexo, faixa etária e raça é semelhante ao que encontramos em outros autores (COSTA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2014; BRAGA *et al.*, 2012; FINALY *et al.*, 2012); Quanto à escolaridade, nos chama atenção o grande percentual de pacientes com poucos anos de estudo. Autores afirmam que quanto mais anos de estudo menor é o adoecimento por TB (VASCONCELOS *et al.*, 2011). Isso demonstra o quanto os fatores contextuais influenciam no adoecimento por TB, e não somente as características pessoais inerentes aos sujeitos. Acrescido à escolaridade, observamos que a maioria das pessoas possui renda baixa, o que lhes deixa em situação de vulnerabilidade para o adoecimento. Esse fato também encontrado no estudo realizado em Manaus e Fortaleza onde a renda média dos participantes também era muito baixa (BRAGA *et al.*, 2012).

O perfil da forma clínica dos pacientes é um pouco diferente de outro estudo realizado com dados do Amazonas (GARRIDO *et al.*, 2012). Acreditamos que a diferença se dá porque nossos pacientes são uma pequena amostra do quantitativo total que o Amazonas notifica, assim como concentramos somente na cidade de Manaus. Entretanto, como no estudo citado, a maioria concentra na forma pulmonar, especialmente bacilífera, que é a forma com maior potencial de transmissão.

Em relação ao acompanhamento dos pacientes, uma forma de analisar, é por meio dos exames laboratoriais e de imagem para diagnóstico e acompanhamento dos casos. O percentual de baciloscopia para diagnóstico é semelhante ao estudo que analisou os fatores associados com o abandono do tratamento da tuberculose no Amazonas, onde a baciloscopia foi realizada em 90,8% dos participantes (GARRIDO *et al.*, 2012). Entretanto, nos demais exames, especialmente as baciloscopias de acompanhamento, o percentual diminui na medida em que o tratamento avança no tempo. Isso é preocupante, pois sem esse exames não se pode medir exatamente o sucesso no tratamento, visto que há pacientes que podem apresentar exame negativo e no mês seguinte positivar, sendo um indicativo de resistência ou até de tomada intermitente da droga ou não adesão ao tratamento.

Em um estudo sobre situação epidemiológica e fatores associados ao abandono da tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela, as baciloscopias de controle do segundo, quarto e sexto mês de tratamento não foram realizadas em 56,2%, 63,4% e 57,0% do conjunto de casos, respectivamente (BELO *et al.*, 2013). Mais uma vez, corrobora a necessidade de empenho no programa de controle da TB em todo o estado do Amazonas, e não somente em Manaus.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo verificou os fatores individuais e contextuais associados a adesão ao tratamento da tuberculose em Manaus. Os dados aqui encontrados evidenciam a estreita relação que a tuberculose possui com os pacientes do sexo masculino na faixa economicamente ativa, assim como vários estudos também evidenciam.

Encontramos que os participantes do sexo masculino tiveram um percentual de cura de 63,3%.

Cerca de 70% dos participantes possui até 12 anos de escolaridade, e 36% destes com renda inferior a dois salários mínimos, reafirmando a relação próxima entre a tuberculose com a baixa escolaridade e com a classe econômica mais baixa.

Este estudo pode servir para novas estratégias de educação em saúde à essa população mais vulnerável a tuberculose.

7. REFERÊNCIAS

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*, n. 34, v. 5, p. 321-329, 2013.

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, U.B., *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.*, Rio de Janeiro, 2012, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2012.

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

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

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.

BREILH, J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP/HUCITEC. 1991. 276 p.

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.

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, S. M., *et al*. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 1427-1435, 2011.

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-andprovider-levelriskfactorsassociatedwith default fromtuberculosistreatment, South Africa, 2002: a case-controlstudy. *BMC Public Health*. 2012.

FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. e BERTOLOZZI, M. R. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: EGRY, E. Y. e CUBAS, M. R. (Ed.). *O trabalho de enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC*. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Paraná, 2006. p.19-61

GARRIDO, M. S., *et al*. Factors Associated withTuberculosisTreatment Default in anEndemicAreaoftheBrazilianAmazon: A Case Control-Study. *PLoS ONE*, n. 7, v. 6, jun, 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.

HIJJAR, M. A., *et al*. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saude Publica*, v.41, p.50-57. 2007.

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.

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.

SABATÉ, E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization. 2003

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.

SILVA P. F., *et al.* Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 30, v. 8, p. 1745-1754, ago, 2014.

VASCONCELOS, C. H., *et al.* Estudo da distribuição da tuberculose (TB) nos Estados do Amazonas e Rio Grande do Sul (2006 a 2009). *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 461-466, 2011.

WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report 2012. Geneva: World Health Organization. 2012.

_____. World Health Organization. Global tuberculosis report 2012. Geneva: World Health Organization. 2013.

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.

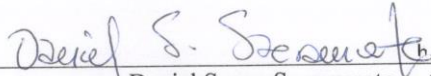
8. ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DE DADOS

Manaus, 06 de Outubro de 2015

Declaramos para os devidos fins, que cedemos à pesquisadora **Débora Cristina Brasil da Silva**, o acesso e utilização dos dados do projeto denominado “Fatores associados à adesão ao tratamento da tuberculose em Manaus: análise multinível”, sob minha coordenação, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob o CAAE nº 30929514.3.0000.5020, para fins de desenvolvimento do Projeto de Iniciação Científica intitulado “Fatores individuais e contextuais associados à adesão ao tratamento da tuberculose em Manaus”.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.



Daniel Souza Sacramento
Enfermeiro (COREN-AM 373.843)

Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (ILMD/UFAM/UFPA)