



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas



Instituto Nacional de Infectologia
Evandro Chagas

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA

KARLA SALOMÃO CAMPELLO DE OLIVEIRA SANTOS

ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE
NO CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA

RIO DE JANEIRO

2020

KARLA SALOMÃO CAMPELLO DE OLIVEIRA SANTOS

**ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE
NO CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, na Fundação Oswaldo Cruz, requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Pesquisa Clínica.

Orientadora: Prof^a Dra. Mayumi Duarte Wakimoto
Co-orientador: Prof^o Dr. Paulo Redner

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO DA FONTE

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

Santos, Karla Salomão Campello de Oliveira

O abandono do tratamento de tuberculose no Centro de Referência Professor Hélio Fraga. / Karla Salomão Campello de Oliveira Santos. – 2020.

85f.: tab.; graf.

Orientadora: Dra. Mayumi Duarte Wakimoto

Co-orientador: Dr. Paulo Redner

Dissertação (Mestrado profissional em Pesquisa Clínica) — Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, 2020.

1: Tuberculose. 2. Abandono. 3. Adesão. 4. Tratamento da Tuberculose.

ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

NO CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Pesquisa Clínica.

Área de Concentração: Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Dra. Cláudia Maria Valete Rosalino (Presidente e Revisora)
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Profª Dra. Lusiele Guaraldo (Membro)
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Profª Dra. Fatima Cristina Onofre Fandinho Montes (Membro)
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos

Profª Dra. Margarete Bernardo Tavares Silva (Suplente)
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Rio de Janeiro
2020

Dedico esse trabalho:

Ao meu pai Itamar, em memória. Ele me ensinou que desistir não faz parte da vida. À minha irmã Karina, em memória, por acreditar no amor. E a minha mãe Ivone, que com seus 86 anos de idade, me mostra que apesar das minhas limitações sou uma vencedora.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, por ao longo deste processo complicado e desgastante, me ter feito ver o caminho a seguir, e me deu forças nos momentos que pensei em desistir.

Agradeço especialmente a minha orientadora Mayumi Duarte Wakimoto e ao meu co-orientador Paulo Redner, pela paciência, dedicação, pois sem eles essa dissertação não seria possível.

Agradeço a equipe do Ambulatório de Pesquisa do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, que me apoiaram, incentivaram a prosseguir. Em especial a Rosangela, Mariléia, Alessandra, aos meus coordenadores Dr. Jorge Rocha e Dr. Carlos Rubens e a minha amiga e companheira de mestrado Marcia Aparecida por todo o apoio durante o curso.

Meus respeitos e agradecimentos a coordenação de ensino do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas pelo empenho, e a todos pela dedicação e apoio do ensino desde a portaria à secretaria.

A minha amiga, Clarissa F. do Rêgo Barros, pelo incentivo e por estar presente em todo processo do meu mestrado.

Agradeço ao meu marido, Marcelo, por muitas vezes “segurar as barras mais pesadas que tivemos”. E aos meus filhos, Manuela e Pedro, que são a razão de tudo se tornar realidade.

*“O que prevemos raramente ocorre,
o que menos esperamos geralmente acontece”*

BENJAMIN DISRAELI

Santos, K.S.C.O. O abandono do tratamento de tuberculose no Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Dissertação de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – Rio de Janeiro 2020.

RESUMO

A tuberculose é um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade. No Brasil concentra-se 80% da carga mundial da doença, onde a desigualdade social representa um dos grandes fatores que contribui para a manutenção e disseminação da tuberculose, atingindo as populações mais vulneráveis. O estado do Rio de Janeiro apresenta um dos mais altos coeficientes de incidência do país de (66,3 casos/100mil habitantes em 2018). Dados de 2016 demonstram um aumento de 28% nos casos de abandono do tratamento clínico. O presente estudo objetivou avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas sobre tuberculose dos pacientes atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) no ano de 2018. Utilizou-se um questionário elaborado com base no documento do Centers for Disease Control and Prevention (*CDC*) *Advocacy Communication and Mobilization for Tuberculosis*, aplicado no período de setembro a dezembro de 2018. O perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ano de 2018 do CRPHF é em sua maioria, do sexo masculino, média de 43 anos de idade, com perfil socioeconômico baixo, com TB na forma resistente. A partir do perfil cultural dos entrevistados foram delineadas alternativas de abordagem para a redução do abandono dos pacientes com TB no CRPHF, com mídias rápidas de cunho educacional e informativo, a partir de temas diversos sobre a TB. Entre eles: a etiologia, a transmissibilidade, os sinais e sintomas, a forma e o tempo de tratamento, e a importância de continuar o tratamento até a finalização, ressaltando que a TB tem cura. Os resultados da pesquisa apontam que há conhecimento sobre a transmissão e a gravidade da TB, porém ainda existe pouca compreensão pelos grupos mais vulneráveis sobre a forma de prevenção adequada.

Palavras-Chave: Tuberculose, Abandono, Adesão, Tratamento Tuberculose.

Santos, K.S.C.O. The abandonment of tuberculosis treatment at the Professor Hélio Fraga Reference Center. Professional Master's Dissertation in Clinical Research in Infectious Diseases of the National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas - Rio de Janeiro 2020.

ABSTRACT

Tuberculosis is a public health problem of great relevance today. In Brazil, 80% of the global burden of the disease is concentrated, where social inequality represents one of the major factors that contribute to the maintenance and spread of tuberculosis, reaching the most vulnerable populations. The state of Rio de Janeiro has one of the highest incidence rates in the country of (66.3 cases / 100,000 inhabitants in 2018). 2016 data show a 28% increase in cases of abandonment of clinical treatment. The present study aimed to evaluate the knowledge, attitudes and practices about tuberculosis of the patients seen at the Professor Hélio Fraga Reference Center (CRPHF) in 2018. A questionnaire based on the document for the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Advocacy Communication and Mobilization for Tuberculosis was used. The epidemiological profile of patients attending CRPHF in 2018 was mostly male, with an average of 43 years old, low socioeconomic profile, resistant tuberculosis. Based on the cultural profile of the patients, alternative approaches were outlined to reduce the abandonment of TB treatment. Fast educational and informative media, based on different topics about TB were developed. The following issues were included: etiology, transmissibility, signs and symptoms, type and time of treatment, and the importance of continuing treatment until completion, emphasizing that TB is curable. The results demonstrate knowledge about the transmission and severity of TB, but limited understanding about adequate means of prevention among the most vulnerable groups.

Keywords: Tuberculosis, Dropout, Adherence, Tuberculosis Treatment

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	A equipe de saúde junto com você	73
Figura 2-	O tratamento da tuberculose demora, mas vale a pena	74
Figura 3-	Se tiver qualquer dúvida procure a equipe de saúde	75
Figura 4-	O tempo de tratamento é definido pela equipe de saúde	76
Figura 5-	Se surgir qualquer outro sintoma informe a equipe de saúde	77
Figura 6-	A tuberculose é uma doença contagiosa. Ajude a eliminá-la	78
Figura 7	Uma pessoa com tosse que não passa, com cansaço e com falta de apetite pode estar com tuberculose	79
Figura 8-	Se achar que tem tuberculose, não demore a procurar o posto de saúde. Quanto mais cedo iniciar o tratamento, melhor.	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas dos pacientes atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	26
Tabela 2	Avaliação clínica dos pacientes atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	27
Tabela 3	Padrão de Resistência e tratamento da tuberculose dos pacientes atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	28
Tabela 4	Acesso à informação sobre tuberculose dos pacientes atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	29
Tabela 5	Conhecimento sobre a gravidade da tuberculose, sintomas e cura dos pacientes no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	30
Tabela 6	Conhecimento sobre as formas de contágio, prevenção e vulnerabilidade dos pacientes atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	31
Tabela 7	Atitudes dos pacientes e sua relação com a própria saúde no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	32
Tabela 8	Frequência de procura às unidades de saúde dos pacientes atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	33
Tabela 9	Atitudes em relação ao diagnóstico de Tuberculose dos pacientes atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	34
Tabela 10	Características quanto ao abandono do tratamento de tuberculose dos pacientes no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	35
Tabela 11	Abandono de tratamento dos pacientes atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	36
Tabela 12	Desfecho dos pacientes atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro 2018.	37
Tabela 13	Variáveis, sociodemográficas, comorbidades, hábitos e conhecimento sobre TB em relação ao abandono do tratamento.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Amicacina
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CM	Capreomicina
CRPHF	Centro de Referência Professor Hélio Fraga
E	Etambutol
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LFX	Levofloxacino
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social.
MDR	Multirresistência
MXF	Moxifloxacino
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SITETB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBDR	Tuberculose Drogarresistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRD	Terizidona
WHO	<i>World Health Organization</i>
XDR	Resistência Extensiva
XXDR	Extremamente Resistente
Z	Pirazinamida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 HISTÓRICO DA TUBERCULOSE	14
1.2 A TUBERCULOSE NO BRASIL	18
2. JUSTIFICATIVA	21
3. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4. MATERIAL E MÉTODOS	23
4.1 DESENHO E LOCAL DE ESTUDO	23
4.2 POPULAÇÃO	23
4.3. PROCEDIMENTOS	24
4.4. FONTES. COLETA DE DADOS. VARIÁVEIS	24
4.5 ANÁLISE DE DADOS	25
5. RESULTADO E TABELAS.	25
6. DISCUSSÃO	40
7 PERSPECTIVAS	44
8. CONCLUSÃO	46
. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXO 1 QUESTIONARIO CDC	56
ANEXO 2 PARECER COSUBSTANCIADO PELO CEP	57
APÊNDICE 1TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
APÊNDICE 2 ENTREVISTAS	65
APÊNDICE 3PLANEJAMENTO DE ABORDAGEM DO SOFTWARE	71
APÊNDICE 4CONTEÚDO PROPOSTO PARA SER TRABALHADO NO APLICATIVO E PARA VEICULAÇÃO NAS MÍDIAS SOCIAIS (WHATSAPP)	73

1. INTRODUÇÃO

1.1. Histórico da Tuberculose.

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa transmitida pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch, em referência ao descobridor da doença, o bacteriologista alemão Robert Koch (BRASIL, 2019a). A transmissão ocorre por meio da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro (BRASIL, 2019b), de um paciente que possui a TB pulmonar ou laríngea (SILVA MELO & FIGUEREDO, 2017). Em cerca de 90% dos casos, a doença se aloja nos pulmões, principalmente nas regiões médias inferiores, provavelmente devido à maior ventilação nestas áreas, embora em casos graves a doença possa afetar outros órgãos como: rins, órgãos genitais, intestino delgado, ossos podendo levar a óbito. A forma pulmonar é a mais relevante para a saúde pública, uma vez que é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Os sintomas da TB pulmonar são: tosse persistente (produtiva ou não), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

O diagnóstico por imagem pode ser realizado por meio da radiografia de tórax e a tomografia computadorizada em alguns casos pode ser realizada com finalidade de diagnóstico diferencial (Agência Fiocruz de Saúde, MS, 2013 e SILVA, 2014). O diagnóstico laboratorial da TB é realizado por meio de observação direta em microscópio (baciloscopia), cultura para micobactéria, com identificação e teste de sensibilidade da micobactéria. Ademais, a prova tuberculínica e histopatológico também podem ser indicados. Outros métodos de diagnóstico incluem testes moleculares, fenotípicos, imunossorológicos que, porém, não estão disponíveis na rotina de todos serviços de saúde (SILVA, 2014).

Em março de 2017 o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com ações para reduzir a incidência da doença na população. O plano define os indicadores utilizados para monitorar as ações realizadas por estados e municípios na rede de atenção à saúde. O PNCT está dividido em três pilares: prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente; políticas públicas arrojadas e sistema de apoio; e intensificação de pesquisa e inovação. O objetivo do plano é diagnosticar precocemente a doença e garantir o

tratamento contínuo, diminuindo o abandono antes do período de tratamento recomendado, que é de no mínimo seis meses (BRASIL, 2017).

Com o advento dos novos medicamentos e com a provável cura da TB, na década de 1960, as instituições internacionais propuseram que as ações preventivas contra TB fossem realizadas nos Estados, a partir da centralização do controle estatal de prevenção à TB. Em 1970, foi criada a Divisão Nacional de Tuberculose, posteriormente intitulada em 1976 Divisão Nacional de Pneumologia (DNPS). Esse fato propiciou um avanço no tratamento de TB, quando os medicamentos passaram a ser distribuídos gratuitamente e obtiveram um êxito considerável. A TB é considerada uma doença curável em praticamente todos os casos novos, sensíveis aos medicamentos, desde que o esquema preconizado seja cumprido, evitando-se a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos (DALCOMO *et al.*, 2007). O abandono de tratamento figura como uma das principais causas de resistência adquirida, assim como esquemas inadequados e irregulares ou falta temporária de medicamentos (DALCOMO *et al.*, 2007).

O abandono é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de um conjunto de fatores sociais, que afetam o comportamento e a capacidade das pessoas seguirem o tratamento. São pessoas com características individuais, culturas diferenciadas ressaltando o grau de autopercepção da TB e da importância do não abandono do tratamento (POLLYANNA, 2014). O abandono do tratamento de um paciente é uma questão complexa, que envolve aspectos pessoais, do contexto de vida deste usuário, comportamento, cultura, âmbito familiar, que influenciam diretamente a participação mais efetiva do paciente em seu tratamento (MACIEL, 2018). Considera-se que o abandono seja influenciado por aspectos organizacionais como: a falta de acesso das pessoas às unidades de saúde, a fragmentação do cuidado entre diferentes equipes e instituições, e a vulnerabilidade social que é predominante nessa população (FURLAN, 2012). O abandono do tratamento para TB é definido como o não comparecimento do paciente às consultas médicas e não administração da medicação por 30 dias. Destacamos que os efeitos colaterais causados pelos medicamentos deixam o paciente desestimulado a seguir o tratamento da doença (BRASIL, 2019). A TB resistente pode desencadear uma nova onda da doença configurando uma

epidemia de casos não tratáveis (BRASIL, 2007). Fatores como assistência de boa qualidade, maior flexibilidade de horário para administração da medicação, diagnóstico feito com eficácia na atenção básica de saúde, acompanhamento psicossocial e participação efetiva no tratamento e compreensão da importância do tratamento diretamente observado podem facilitar a adesão (TAVARES *et al.*, 2015).

Neste contexto de aumento da TB no país, o abandono do tratamento torna-se um obstáculo à erradicação da doença, pois a falta de adesão ao tratamento, potencializa a propagação da doença e o desenvolvimento da TB-MDR.

Para que a Tuberculose Multirresistente (TBMR) se desenvolva é necessário o contato prévio com os fármacos. Sendo assim, a multirresistência é considerada uma doença com efeitos e complicações causadas como um resultado de um tratamento mal realizado (DALCOMO *et al.*, 2007). A falta de adesão aos medicamentos e o abandono são causas relevantes para que se desenvolva a TBMR (DALCOMO *et al.*, 2007). Atualmente, a TBMR e a tuberculose extensivamente resistente a medicamentos (XDR) têm sido uma grande preocupação mundial (DALCOMO *et al.*, 2007).

De acordo com o padrão de resistência do bacilo da TB, identificada pelo teste de sensibilidade, observam-se os seguintes perfis: Monorresistência (resistência a somente um medicamento), Polirresistência (quando há resistência a dois ou mais fármacos anti-tuberculose, exceto à associação Rifampicina e Isoniazida), Multirresistência (quando há resistência a Rifampicina + Isoniazida (MDR)), Resistência Extensiva (XDR) (resistência a Rifampicina e Isoniazida acrescida à resistência a uma Fluoroquinolona, e a um injetável de segunda linha (Amicacina, Canamicina e Capreomicina)) e Extremamente resistente (XXDR) (quando apresenta resistência a todas os medicamentos testados) (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem grande preocupação sobre a TBMR, que continua como um sério problema de saúde pública (BRASIL, 2018). Em março de 2019 a OMS publicou novas orientações com a finalidade de beneficiar os pacientes e obter um desempenho com maior excelência no tratamento da TBMR. O tratamento passa a ser administrado oralmente, cessando

a medicação injetável, deste modo, acredita-se alcançar uma melhor qualidade de vida, que os pacientes possam ter menos efeitos colaterais, e conseqüentemente aderir ao tratamento. A resistência aos fármacos para o tratamento da TB é resultado da inter-relação da mutação espontânea e da seleção da população predominantemente resistente, como consequência do uso de medicamentos irregular e/ou inadequada (BRASIL, 2008). Assim, o tratamento da tuberculose drogárristente (TBDR) é extremamente desafiante mundialmente. (BRASIL, 2019).

Existem casos novos resistentes à rifampicina tornando necessário que os países se comprometam a notificar os casos e, assim trabalhar com maior eficácia na prevenção e cuidados com a doença (OPAS/OMS, 2017). A resistência à rifampicina tanto isolada quanto combinada a outros medicamentos propicia dificuldades em combater o bacilo da tuberculose. Sabemos que os esquemas terapêuticos, sem a rifampicina, por resistência ou intolerância a esse medicamento, demandam o uso de fármacos de segunda linha, criando um tratamento mais prolongado, com maior toxicidade e um prognóstico pior. Devido à situação em que se encontram os pacientes com TBDR, faz-se necessário que os mesmos tenham uma atenção especial, com a finalidade de evitar o abandono do tratamento, já que esse abandono acarreta o uso irregular do medicamento, propiciando um aumento na resistência e poucas alternativas dos fármacos (BRASIL, 2018).

A OMS aprovou na Assembleia Mundial de Saúde de 2014 a Estratégia “End Tuberculose” com o objetivo de eliminar a doença como problema de saúde pública, que envolve a redução em 90% dos casos de TB, além da redução em 95% dos óbitos por TB até 2035 em relação a 2015, objetivo alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) lançados pelas Nações Unidas em 2015 (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007). Para o cumprimento destes objetivos é fundamental a abordagem dos determinantes sociais que viabilizam a disseminação da TB entre as populações vulneráveis. Em 2015, com o agravamento da situação epidemiológica da TB, a OMS realizou a Conferência Ministerial de Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável no Brasil, com a finalidade de criar situações favoráveis para aumentar a cobertura da população quanto ao diagnóstico de TB; aumentar e assegurar recursos financeiros e

humanos buscando o controle da doença; implementar, avaliar e monitorar programas que pudessem efetivamente trazer resultados para a eficácia do tratamento de TB (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Além da falta de conhecimento, os determinantes sociais estão intrinsecamente ligados à TB e podem exercer forte influência na disseminação da doença (MACIEL, 2016). A vulnerabilidade social é observada principalmente nas periferias das cidades que apresentam condições de moradia precárias associadas ao rápido processo de reorganização socioespacial (MACIEL, 2016). O perfil dos pacientes é, em geral, de indivíduos com baixa escolaridade, usuários de drogas, desempregados, moradores de áreas de risco e privados de liberdade (TAVARES *et al*, 2016). A precariedade das condições de vida, o aprofundamento das desigualdades e a segmentação social, assim como o rápido processo de reorganização socioespacial podem exercer forte influência na disseminação da TB (MACIEL, 2016).

Segundo a OMS, estimam-se 6,6 milhões de novos casos de TB no mundo e mortalidade de aproximadamente 1,5 milhões de casos. A maioria desses casos se concentra na Ásia (55%) e África (13%). No Brasil entre os anos de 2016 e 2017, foram registrados 69 mil casos novos, e 4,5 mil óbitos por TB. Em 2018, foram registrados 72.788 novos casos, com incidência de 34,8 casos/100 mil habitantes. O coeficiente de incidência apresentou aumento nos anos de 2017 e 2018 em relação aos anos de 2014 e 2016 (BRASIL, 2019).

1.2. A Tuberculose no Brasil.

O Brasil é um dos países com maior número de casos de TB no mundo. O coeficiente de incidência da TB composto pelos municípios com melhores condições socioeconômicas, aumentou em 1,8% passando de 31,8/100 mil habitantes em 2015 para 32,3/100 mil habitantes em 2018 e naqueles com piores condições socioeconômicas, passou de 52,2/100 mil habitantes em 2015 para 53,7/100 mil habitantes em 2018. Em 2018, o Estado Rio de Janeiro e o estado do Amazonas, apresentaram as maiores taxas de incidência de TB em todo Brasil: 66,3 casos/100 mil habitantes e 72,9 casos/100 mil habitantes, respectivamente.

As capitais destes estados também apresentam maior incidência em relação a outras capitais (BRASIL, 2019).

A taxa de mortalidade por TB se mantém estável, nos últimos anos, e o maior número de notificações se concentra em Pernambuco, São Paulo, e Rio de Janeiro; esses indicadores apontam a necessidade de melhora em algumas ações tais como a, a busca ativa das pessoas com TB, a identificação dos contatos a serem examinados. Nos últimos anos, o Brasil tem enfrentado problemas estruturais, que impactam o controle da doença, e assim contribuindo para o aumento da incidência da TB no atual contexto (BRASIL, 2019).

A estimativa real quanto à prevalência de TB mundialmente, pode estar subestimada em razão de subnotificação. Notoriamente a limitação no financiamento é um dos obstáculos para prevenir, diagnosticar e tratar a TB, já que os recursos limitados para a saúde, prejudicam a realização de novas pesquisas que possam auxiliar no diagnóstico, realização de testes novos, e disponibilidade de medicamentos (BRASIL, 2019).

Um desafio notável para o controle da TB envolve a incidência desproporcional observada entre as populações de maior risco, incluindo a carcerária. No ambiente prisional, essa desigualdade é resultante de fragilidades sociais inerentes ao próprio indivíduo bem como desse espaço, onde a superlotação, a ventilação deficiente, a nutrição precária, o consumo de drogas e as doenças associadas convivem com precários ou inexistentes serviços de saúde. Assim como no Brasil, a ocorrência de TB em prisões vem sendo descrita como um alarmante problema de saúde pública em muitos países. A prevalência mundial de TB entre detentos pode ser até 50 vezes maior do que as médias nacionais. Em 2012, a prevalência de TB em todo mundo foi estimada em 169 casos por 100.000 habitantes, enquanto a prevalência média de TB em presídios de diferentes regiões do mundo, entre 1993 e 2011, foi de 1913 casos por 100.000 habitantes. Entre detentos, esta taxa pode ser mais de vinte vezes superior ao estimado na população livre, correspondendo a 1080,6/100.000 (VALENÇA; MATA; VAZ, 2016).

A TB é a doença infecciosa que mais mata no mundo superando as mortes causadas pelo (HIV) e malária juntos. De acordo com a nova classificação da Organização Mundial de Saúde (2016-2020), o Brasil ocupa a 20ª posição na lista

dos 30 países prioritários para o combate à TB, 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB – HIV e a 4ª posição entre os óbitos por causa infecciosa. Em 2006, segundo a OMS, havia cerca de 10.4 milhões de novos casos de TB em todo mundo, dos 10% em que havia coinfeção com HIV todos evoluíram a óbito (OMS, 2017). Os indivíduos com o vírus HIV possuem maior probabilidade de desenvolver a TB em relação à população em geral. No Brasil em 2016 foram notificados 476.774 casos de coinfeção TB/HIV. Apesar do aumento das notificações da coinfeção em 46%, esse percentual revela lacunas na detecção, no tratamento e no acompanhamento deste grupo de doentes. Para o ano de 2016, a cura da TB entre pessoas sem coinfeção foi de 73,2%, frente aos 51,9% de cura das pessoas com coinfeção TB-HIV. Já a cura das pessoas coinfectadas em uso de TARV (56,5%) foi 25,3% maior que a observada nas pessoas coinfectadas sem TARV (45,1%). No Brasil foram adotadas atividades colaborativas, sugeridas pela OMS com a finalidade de rastrear os sintomas da TB e do HIV. Desde o ano de 1998, os indivíduos diagnosticados com TB realizam o teste de Aids, priorizado a este grupo de pacientes (BRASIL, 2019).

O Brasil alcançou a redução da mortalidade de TB pela metade em 2015 em relação ao ano de 1999, atingindo as metas propostas pela OMS (ODS). Deve ser elaborada uma política regional para o enfrentamento da TB, com ações intersetoriais que propiciem a redução de incidência e mortalidade da TB, visto que, a população atingida pela TB, em sua maioria concentra-se em áreas de extrema vulnerabilidade social.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está inserido nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, e encontra-se subordinado a uma política onde estão inseridas ações técnicas e de assistência, estabelecidas com a distribuição gratuita de medicamentos e outros serviços, buscando beneficiar com essas ações a população (BRASIL, 2018). Esta medida tem como objetivo garantir que o paciente conclua o tratamento reduzindo os casos de abandono. Em 2017, 71% dos casos novos foram curados, enquanto 36,9% realizaram o tratamento diretamente observado (TDO). É fundamental que este paciente seja acolhido pela equipe de saúde, e conseqüentemente pela família, e assim não se sinta isolado da sociedade, tendo maiores possibilidades de continuar com o tratamento (LEAL *et al.*, 2010).

A TBMR ocorre no Brasil por fatores relacionados à utilização inadequada dos medicamentos, à falta de adesão dos pacientes ao tratamento, ao uso incorreto da medicação, à absorção intestinal deficiente dos medicamentos, à prescrição medicamentosa de forma inadequada, à falha na provisão e distribuição dos medicamentos padronizados, fatores que devem ser considerados na abordagem destes pacientes (ROCHA; BORGA, DALCOMO, 2008). Portanto, torna-se necessária a realização de estudos e pesquisas para compreender os fatores que determinam essa realidade, tendo em vista o desdobramento da TB em tuberculose multirresistente. A população referenciada para o CRPHF já possui histórico de resistência ao tratamento, o que impõe desafios adicionais ao cuidado e acompanhamento destes pacientes.

Este estudo teve como finalidade avaliar, conhecimentos, atitudes e práticas dos pacientes atendidos no ambulatório do CRPHF no ano de 2018, em relação à TB e os fatores que podem estar associados ao abandono do tratamento. A análise dos resultados permitiu a elaboração de conteúdo para qualificar as ações de cunho educativo que serão desenvolvidas pela equipe multiprofissional, voltadas ao acolhimento, estreitamento do vínculo com o paciente e fortalecimento da adesão ao tratamento.

2. JUSTIFICATIVA

Apesar das tentativas de promover um atendimento com qualidade e equidade, pautado na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos pacientes com TB acabam abandonando o tratamento (BRASIL, 2016). Fatores como: a ausência de direitos básicos essenciais vinculados à falta de políticas públicas na área da educação, habitação, meio ambiente, transporte e lazer são determinantes que contribuem para a persistência do quadro em que se observa o crescimento da TB em grupos sociais vulneráveis (BRASIL, 1988).

O tema escolhido para dia mundial da TB em 24 de março de 2019 foi denominado “É a hora”, almejando a cobrança às autoridades dos compromissos acordados, colocando na prática toda a discussão: 1) ampliar o acesso à prevenção e tratamento da TB; 2) garantir financiamento suficiente e sustentável para tratamento e pesquisa em TB; 3) promover trabalhos e debates referentes ao

estigma e discriminação da TB; 4) promover respostas equitativas, fundamentadas no direito do cidadão (OMS, 2019).

Segundo Bravo (2001), para garantir a integralidade do sujeito se faz necessária, a organização do sistema como um todo e a articulação da atenção básica com todos os níveis de assistência, para que o paciente seja visto em sua totalidade, não apenas como um doente tuberculoso. Nos serviços de saúde a equipe multidisciplinar exerce um papel de extrema relevância no cuidado ao paciente com TB. Isto posto, foi desenvolvido o TOD – Tratamento Diretamente Observado, cujo objetivo é ser realizado diariamente nos postos de saúde ou clínicas da família, por agentes de saúde e/ou técnicos de enfermagem, com a finalidade de orientar os pacientes a administrar corretamente a medicamento, e pode ser interpretado como uma forma de controle do medicamento para garantir a eficácia do tratamento (RAMOS, 2004). Um integrante desta equipe multidisciplinar também se destaca, o assistente social, que além de transmitir orientações sobre a TB, garante o acolhimento do usuário como indivíduo que possui particularidades, individualidades e direitos sociais.

O Serviço Social do ambulatório do CRPHF, tem como compromisso enfatizar a missão nacional para o controle de TB como referência terciária do Estado do Rio de Janeiro, por meio de assistência e pesquisa clínica. Uma das diretrizes do serviço social, consolidada pelo SUS é o acolhimento do paciente. O atendimento socioassistencial é realizado como um procedimento técnico de escuta voltado para a identificação das demandas do usuário a fim de viabilizar intervenções com resolubilidade, e ocorre de modo integrado, complementar e indissociável ao processo coletivo do trabalho, que visa apoiar a recuperação da saúde, promoção e proteção do sujeito incluindo o grupo familiar. A vivência prática do abandono do paciente no CRPHF motivou a realização desta pesquisa, no sentido de buscar evidências de fatores potencialmente relacionados ao abandono e contribuir para a sua redução no CRPHF.

3. OBJETIVOS: GERAL E ESPECÍFICOS.

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas sobre tuberculose dos pacientes atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) no ano de 2018 visando contribuir com alternativas de abordagem do paciente com TB para a redução do abandono do tratamento no CRPHF.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as características demográficas, clínicas e socioeconômicas dos pacientes classificados como abandono e não abandono de tratamento em atendimento no ano de 2018.
2. Descrever conhecimentos atitudes e práticas sobre TB dos pacientes em tratamento no CRPHF no ano de 2018.
3. Classificar, com base no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB), os pacientes entrevistados, como abandono e não abandono de tratamento após 6 a 8 meses da entrevista.
4. Analisar a associação entre conhecimentos, atitudes e práticas sobre TB e abandono e não abandono de tratamento no CRPHF.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. DESENHO E LOCAL DE ESTUDO.

Estudo seccional realizado por meio de entrevistas com os pacientes com TB resistente e multirresistentes atendidos no ano de 2018 no CRPHF/ENSP/FIOCRUZ.

Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos com o diagnóstico laboratorial de TB em tratamento ambulatorial no CRPHF, que compareceram às consultas entre os meses de setembro a dezembro de 2018.

4.2. POPULAÇÃO.

Pacientes em tratamento para tuberculose no Centro de Referência Professor Hélio Fraga no período de setembro a dezembro de 2018. Para o cálculo amostral, foi considerada uma população de 115 pacientes em atendimento no CRPHF (Arquivo Médico - CRPHF) em 2018, Erro Amostral de 5% IC (Intervalo de confiança) 95%, e prevalência esperada de abandono de 10% (MS, 2018), num total mínimo de 83 pacientes na amostra.

Cálculo Amostral:

$$N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)^1}$$

4.3. PROCEDIMENTOS.

Foram realizadas entrevistas (APÊNDICE I) com 89 pacientes em tratamento para TB no CRPHF de setembro a dezembro do ano de 2018, visando a avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas sobre TB utilizando um questionário elaborado com base no documento *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ADVOCACY, COMMUNICATION and MOBILIZATION for TB control: a guide to developing, knowledge, attitude and practice surveys* (ANEXO I).

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INI CAAE: 95421018.9.0000.5262. De forma clara e objetiva, a proposta do estudo foi descrita no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos entrevistados (APÊNDICE), que assinaram o referido termo para participar na pesquisa. Foram efetuadas entrevistas junto aos pacientes agendados em tratamento às 2ª, 4ª, 6ª feiras e 3ª/5ª feiras, alternadamente a cada semana, aplicadas após assinatura do TCLE.

4.4. FONTES. COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS.

As entrevistas ocorreram individualmente com os pacientes na sala do Serviço Social situada no ambulatório no CRPHF, antes ou após a consulta médica. Foram atendidos pacientes de várias formações acadêmicas, as questões do questionário foram lidas e explicadas aos entrevistados. Foram coletadas as

¹ n= amostra calculada. N= população. Z= grau de confiança em desvios de padrões. p= 0,5. e = margem de erro.

variáveis idade, sexo, escolaridade, situação trabalhista, vínculo empregatício formal ou informal, município de residência, renda familiar, número de familiares que residem com o paciente. Os dados primários sobre os pacientes com TB do CRPHF foram coletados a partir do questionário CDC, e analisados de forma descritiva. Dados secundários foram coletados a partir dos registros nos prontuários da instituição e do SITETB como: padrões de resistência, esquema de tratamento, classificação clínica e comorbidades para a complementação das informações. Foram coletados dados sobre o conhecimento da doença, o perfil socioeconômico dos entrevistados, os sinais, os sintomas e as atitudes em relação à TB, a partir das entrevistas realizadas com os pacientes.. Os dados foram analisados e as entrevistas arquivadas, mantendo-se os dados sob o sigilo da pesquisadora.

4.5. ANÁLISE DE DADOS.

Os dados obtidos a partir das entrevistas foram organizados em um banco de dados (Epidata) elaborado para o estudo. Foi realizada análise descritiva com frequência simples das variáveis socio-demográficas; clínicas; de tratamento; sobre conhecimentos, atitudes e práticas; sobre desfecho e abandono de tratamento. Análise bivariada dos grupos com e sem abandono. Foram utilizados Excell18.2002.1101.0 e SPSS2.0.

5. RESULTADOS

Foram avaliados 89 pacientes em tratamento no CRPHF. A Tabela 1 exibe as características sociodemográficas da população do estudo, em que se observa predomínio do sexo masculino e mediana de idade de 43 anos, portanto, na fase produtiva no mercado de trabalho. Em relação à escolaridade, a maioria possui o ensino fundamental, embora tenham sido observados analfabetos em menor proporção. Ressalta-se que a maior parte dos entrevistados possui renda familiar menor que 1 salário mínimo, e núcleo familiar de até 5 pessoas. Quase 40% do total reside na Baixada Fluminense, Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018

Categoria	Característica	n (%)
Idade	18-29	20 (22,5)
	30-39	19 (23,3)
	40-49	18 (20,2)
	50-59	21 (23,4)
	Maior 60	11 (12,4)
	Mediana (min/Max)	43 (18/70)
Sexo	Masculino	53 (59,6)
	Feminino	36 (40,4)
	Razão M/F	1,4
Escolaridade	Nunca estudou	3 (3,4)
	Apenas alfabetizado	6 (6,7)
	Fundamental incompleto	31 (34,8)
	Fundamental Completo	13 (14,6)
	Médio Incompleto	6 (6,7)
	Médio completo	24 (27,0)
	Superior	6 (6,7)
Município de Residência	Rio de Janeiro	49 (55,1)
	Duque de Caxias	14 (15,7)
	São João de Meriti	8 (9,0)
	Belford Roxo	7 (7,9)
	Nova Iguaçu	6 (6,7)
	Outros	5 (5,6)
Estrutura Familiar	Residem sozinhos	2 (2,25)
	De 1 a 5 familiares	78 (87,64)
	Mais de 5 familiares	8 (8,99)
	Reside em abrigo	1 (1,12)
Renda Familiar	Sem renda	9 (10,11)
	Menos que 1 salário mínimo	39 (43,82)
	De 1 a 3 salários mínimos	31 (34,83)
	Maior que 3 salários	7 (7,86)
	Não informaram renda	3 (3,37)
Situação trabalhista	Ativo	38 (42,7)
	Desempregado	28 (31,5)
	Aposentado	10 (11,2)
	LOAS ²	3 (3,4)

²LOAS: Lei Orgânica de Assistência Social.

	Auxílio Doença	10 (11,2)
Vínculo	Formal	23 (25,8)
	Informal	25 (28,1)

Fonte: Entrevista e SITETB

Na tabela 2, observa-se que mais da metade da população do estudo apresenta TB pulmonar bilateral cavitária, e mais de 1/3 dos entrevistados usa drogas lícitas e/ou ilícitas – 44(49,5%).

Tabela 2 – Avaliação clínica dos pacientes atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018

Padrão Clínico		n (%)
Tuberculose Pulmonar	Normal	1 (1,1)
	Unilateral Cavitária	22 (24,7)
	Unilateral não Cavitária	13 (14,6)
	Bilateral Cavitária	47 (52,8)
	Bilateral não Cavitária	6 (6,7)
Hábitos	Álcool	16 (18,0)
	Tabagismo	15 (16,9)
	Drogas ilícitas	13 (14,6)
Presença de comorbidades	Transtorno mental	4 (4,5)
	AIDS	3 (3,4)
	Hepatite B/C	2 (2,2)
	Diabetes	16 (18,0)
	Outros	6 (6,7)

AIDS= Síndrome da imunodeficiência adquirida

Fonte: Entrevista,

A comparação entre a resistência inicial e a resistência atual é descrita na Tabela 3. A maior parte dos pacientes (69,7%) não relatou ocorrência de reações adversas. O esquema mais frequente foi CM= CAPREOMICINA / E = ETAMBUTOL / LFX= LEVOFLOXACINO / TRD= TERIZIDONA / Z=PIRAZINAMIDA.

Outros: Refere-se aos municípios de São Gonçalo, Mesquita, Resende, Volta Redonda, Seropédica,

Tabela 3 –Padrão de Resistência e tratamento da tuberculose dos pacientes atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018

Padrão de resistência e tratamento		n (%)
Resistência inicial ³	Monorresistente a Rifampicina	34 (31,2)
	Monorresistente, exceto Rifampicina	10 (11,2)
	Polirresistente	7 (7,9)
	Multirresistência	32 (36,0)
	Resistência extensiva	4 (4,5)
	Ignorado	2 (2,2)
Resistência atual ⁴	Monorresistente a Rifampicina	13 (14,6)
	Monorresistente, exceto Rifampicina	7 (7,9)
	Polirresistente	8 (9,0)
	Multirresistência	51 (57,3)
	Resistência extensiva	6 (6,7)
	Ignorado	4 (4,3)
Esquema terapêutico atual (no momento da entrevista)	AM/E/ LFX /TRD /Z	3 (3,4)
	CM /E/ ET /LFX /TRD / Z	4 (4,5)
	CM/E /LFX/ MFX/ TRD	8 (9,0)
	CM /E /LFX /TRD/ Z	15 (16,9)
	OUTROS	59 (66,3)
Ocorrência de reações adversas	Sim	27 (30,3)
	Não	62 (69,7)

Legenda: AM= AMICACINA E = ETAMBUTOL LFX= LEVOFLOXACINO
 TRD= TERIZIDONA Z=PIRAZINAMIDA CM= CAPREOMICINA MFX= MOXIFLOXACINO
 Outros – referenciados na tabela implica mudanças de medicamentos de acordo com a necessidade dos pacientes.

Fonte: SITETB

³ Resistência Inicial: Posto de Saúde e Clínica da Família.

⁴ Resistência Atual: 6 a 8 meses durante e após a pesquisa realizada no CRPHF.

O conhecimento inicial dos entrevistados sobre TB, descrito na Tabela 4, foi por meio dos profissionais de saúde, ou por familiares que já tiveram TB. As mídias digitais aparecem como a melhor fonte para o conhecimento da TB.

Tabela 4 – Acesso à informação sobre tuberculose de pacientes atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018

Acesso a informação sobre tuberculose		n (%)
Primeiras fontes de informações sobre TB	Profissional de Saúde	21 (23,6)
	Familiares com TB	20 (22,5)
	Vizinhos/amigos	15 (16,9)
	Jornais /Revista	12 (13,5)
	TV	9 (10,1)
	Internet	4 (4,5)
	Outros	8 (8,9)
Gostaria de obter mais informações sobre TB	Sim	59 (66,3)
	Não	30 (33,7)
Quais as melhores fontes para obter informações com clareza sobre TB	TV	61 (68,5)
	Internet	57 (64,0)
	Trabalhadores de Saúde	29 (32,6)
	Rádio	28 (31,5)
	Jornais e revistas	26 (29,2)
	Professores	17 (19,1)
	Cartazes / Folders / materiais impressos	12 (13,5)
	Amigos e vizinhos	11 (12,4)
	Outdoors	9 (10,1)
	Líderes religioso	8 (9,0)
	Farmácia	6 (6,7)

Legenda: TB=tuberculose

Fonte: Entrevista

Outros: professores, líder religioso, folders, posters ou outros materiais, outdoor.

A Tabela 5 demonstra que 27 pacientes (34 %) não reconhecem a tosse e a febre como sintomas da TB, muitas vezes confundidos com viroses e patologias comuns. Há um bom conhecimento (95,5%) sobre o fato de que a cura da TB

ocorre com a medicamentos específica, porém 4,5% dos participantes acredita que a TB possa ser tratada com chás de ervas e repouso.

Tabela 5 – Conhecimento sobre a gravidade da Tuberculose - sintomas e cura – em pacientes atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018.

Conhecimento		n (%)
Quanto à gravidade da doença	Sim	81 (91,1)
	Não	2 (2,2)
	Não sabe	6 (6,7)
Quanto ao sintoma da doença	Tosse	63 (70,8)
	Febre	61 (68,5)
	Emagrecimento	45 (50,6)
	Cansaço	35 (39,3)
	Inapetência	28 (31,5)
	Dor no peito	22 (24,7)
	Dispnéia	20 (22,5)
	Tosse com sangue	6 (6,7)
	Náuseas	3 (3,4)
Como a tuberculose pode ser curada	Repouso sem remédios	0
	Medicamento específico	85 (95,5)
	Não sabe	0
	Outros (chá de ervas e repouso)	4 (4,5)

Fonte: Entrevista

A maioria dos participantes respondeu que a TB é transmitida pelo ar. Entretanto, mais de 10% acreditam em outras formas de transmissão como: água, alimentos contaminados, utensílios e aperto de mão (Tabela 6). Apesar de

reconhecerem que qualquer um pode se infectar, ignoraram que usuários de drogas, com HIV, e pessoas privadas de liberdade, em situação de vulnerabilidade são suscetíveis à doença.

Tabela 6 – Conhecimento sobre as formas de contágio, prevenção e vulnerabilidade dos pacientes atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018

Conhecimento sobre as formas de contágio		n (%)
Como uma pessoa adquire TB	Ar	79 (88,8)
	Lugares públicos, (alça de transporte e maçanetas).	5 (5,6)
	Água e alimentos contaminados	4 (4,5)
	Utensílios	4 (4,5)
	Aperto de mão	1(1,1)
Como uma pessoa pode prevenir da TB	Cobrindo a boca e o nariz	30 (33,7)
	Tendo boa alimentação	23 (25,8)
	Abrindo as janelas da casa	21 (23,6)
	Lavando as mãos depois de tocar em objetos em locais públicos	11 (12,4)
	Evitando compartilhar pratos e utensílios	
	Evitando o aperto de mão	5 (5,6)
	Rezando	2 (2,2)
Quem pode se infectar com TB	Qualquer um	86 (96,6)
	Pobre/desabrigados/alcoólicos	1 (1,1)
	Usuário de drogas	0 (0)
	Apenas com HIV/AIDS	0 (0)
	Pessoas privadas de liberdade	0 (0)

Fonte: Entrevista

O intervalo de tempo mais frequente entre o início dos sintomas e a procura do serviço de saúde foi de 3 a 4 semanas, entretanto 26% dos pacientes procuraram o serviço de saúde quando não conseguiam trabalhar, sendo este o segundo motivo mais frequente da demora em procurar o serviço de saúde. Mais

de um terço dos pacientes relatou que a demora se deveu ao fato de terem um diagnóstico inicial errado (Tabela 7).

Tabela 7 – Atitudes dos pacientes e sua relação com a própria saúde no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018.

Atitudes	n (%)	
Quando foi ao serviço de saúde ao perceber que estava com os sintomas?	Após 3 a 4 semanas com sintoma (tosse).	37 (41,6)
	Quando não conseguiu trabalhar	23 (25,8)
	Percepção de sintomas similares a pessoas com TB	9 (10,1)
	Em até 2 semanas	8 (9,0)
	Entre 2 meses e seis meses	4 (4,5)
	Entre 2 semanas e dois meses	3 (3,4)
	Mais de 6 meses.	2 (2,2)
Motivo da demora para procurar o serviço de Saúde.	Outros ¹	3 (3,4)
	Diagnóstico inicial errado	30 (33,7)
	Impossibilidade de afastar-se do trabalho	18 (20,2)
	Medo de descobrir a verdade	14 (15,7)
	Custo	1 (1,1)
	Não se aplica	13 (14,6)
	Dificuldade de transporte	3 (3,4)
	Outros	10 (11,2)

Fonte: Entrevista

Outros¹– 1 ano, 2 anos,

Outros²– Não acreditavam que estavam doentes, tratamento com medicamento em casa

Em relação à demanda por atendimento nas unidades de saúde, o posto de saúde ou a clínica da família, aparecem em primeiro lugar, embora a frequência demonstre irregularidade. Aqueles que compareciam 1 vez por mês já tinham outras comorbidades associadas à TB, como hipertensão, diabetes, HIV (Tabela 2). Deve-se ressaltar que 14 (16%) pacientes relataram comparecer menos de 1

vez por ano nas unidades de saúde (Tabela 8), e 42,7% não procurava ou nunca frequentaram unidade de saúde.

Tabela 8 – Frequência de procura às unidades de saúde dos pacientes com tuberculose pulmonar atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018

	Unidades de saúde	n (%)
	Posto de saúde/ Clínica da família	53 (59,6)
Quando você está com problemas de saúde, onde costuma se tratar?	UPA/ Emergência hospitalar	19 (21,3)
	Clínica particular	11 (12,4)
	Outros ¹	6 (6,7)
Com que frequência você procura a unidade de saúde? (Considere os últimos 5 anos)	1x ao mês	11 (12,4)
	A cada 2 meses	0
	1x por ano	13 (14,6)
	2x por ano	0
	Menos de 1x ao ano	14 (15,7)
	Outros ²	38 (42,7)

Fonte: Entrevista

Outros¹: Hospital do Fundão

Outros²: não procurava, e/ou nunca frequentou

Tristeza e desesperança foram as reações mais frequentes após a descoberta do diagnóstico de TB, seguidas de medo. O profissional de saúde aparece como a primeira pessoa com quem os pacientes conversaram sobre a doença, seguido de algum membro da família (Tabela 9).

Tabela 9 – Atitudes em relação ao diagnóstico de Tuberculose dos pacientes com tuberculose atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018.

Atitudes	n (%)	
Reação ao descobrir que está com TB	Tristeza/desesperança	33 (37,1)
	Medo	24 (27,0)
	Surpresa	18 (20,2)
	Vergonha	4 (4,5)
	Outros	10 (11,2)
Com quem conversou pela primeira vez quando descobriu que estava com TB	Profissional de saúde	31(34,8)
	Cônjuge	24 (27,0)
	Outro membro da família	15 (16,9)
	Pai/mãe	13 (14,6)
	Amigo próximo	7 (7,9)
	Líder religioso	2 (2,2)
	Ninguém	3, (3,4)
Outros	0	

Fonte: Entrevista.

Mais da metade dos pacientes abandonou o tratamento em algum momento, a maioria no posto de saúde. Como justificativa para o abandono, 19,5% pontuam a crença na melhora dos sintomas, e 13(14,6%) entrevistados que abandonaram o tratamento eram usuários de drogas e/ou álcool (Tabela 10).

Tabela 10 – Características quanto ao abandono do tratamento de tuberculose dos pacientes com tuberculose atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018.

Abandono prévio		n (%)
Abandono em algum momento do tratamento	Sim	50 (56,2)
	Não	39 (43,8)
Local do abandono	Posto de saúde	34 (68)
	Posto de saúde e CRPHF	11 (22)
	CRPHF	5 (10)
Quais os motivos para o abandono de tratamento da TB	Melhoras nos sintomas / achava que estava curado	17 (19,5)
	Usuário de drogas e/ou álcool	13 (14,6)
	Problemas com os medicamentos	11 (12,6)
	Falta de recursos para transporte	9 (10,3)
	Situação de vulnerabilidade sócio econômica	6 (6,9)
	Falta de apoio familiar	6 (6,9)
	Necessidade de ausentar-se do trabalho	5 (5,7)
	Falta de conhecimento sobre a gravidade da TB	3 (3,4)
	Falta de conhecimento sobre os sintomas da TB	2 (2,3)
	Reside distante do serviço de saúde	2 (2,3)
	Estigma relacionado ao diagnóstico da TB	1 (1,1)
	Preferência em fazer medicação em casa	1 (1,1)
	Problemas com a equipe de saúde.	1 (1,1)

Fonte: Entrevista.

Na Tabela 11 merece destaque o fato de que 25% dos pacientes abandonaram mais de duas vezes, chegando a seis episódios de abandono (3,4%). O abandono no CRPHF ocorreu em 18% dos pacientes.

Tabela 11 – Número de abandonos de tratamento prévio dos pacientes com tuberculose atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, 2018.

Número de abandonos de tratamento prévios dos participantes da pesquisa	n (%)	
	0	39 (43,8)
	1	28 (31,5)
Número total de abandonos	2	9 (10,1)
	3	5 (5,6)
	4	2 (2,2)
	5	3 (3,4)
	6	3 (3,4)
	0	44 (49,4)
Número de abandonos no posto de saúde	1	37 (41,6)
	2	4 (4,5)
	3	3 (3,4)
	6	1 (1,1)
Número total de abandonos no CRPHF	0	73 (82,0)
	1	7 (7,9)
	2	3 (3,4)
	3	1 (1,1)
	4	2 (2,2)
	5	1 (1,1)
	6	2 (2,2)

Fonte Entrevista e SITETB

Em relação à Tabela 12, sobre o desfecho no CRPHF, é importante destacar que após 6 meses da entrevista, os dados mostraram que apenas um paciente (1,1%) abandonou o tratamento.

Tabela 12 – Desfecho dos pacientes com tuberculose atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, seis meses após a entrevista, Rio de Janeiro, 2018

Situação dos participantes após seis meses da entrevista	n (%)	
Situação após seis meses	Em tratamento	46 (51,7)
	Cura	24 (27,0)
	Tratamento completo	16 (18,0)
	Abandono	1 (1,1)
	Transferência	1 (1,1)
	Óbito	1 (1,1)

Fonte: SITETB

Ao final da entrevista foi feita uma questão aberta, aos participantes: “qual é a sua maior preocupação em relação à TB?”, A maior parte 15 (16,9%) afirmou ter medo de não ficar curado; quatro (4,5%) pontuaram medo de perder o apoio familiar em virtude do preconceito em relação à doença; doze (13,5%) demonstraram o medo de morrer; oito (9%) o medo de transmitir a doença para algum membro da família; seis (5,6%) preocuparam-se em não conseguir finalizar o tratamento devido ao longo tempo; cinco (5,6%) relataram o medo de não conseguir exercer as suas atividades laborativas; dois (2,2%) tinham o receio de faltar medicação e um (1,1%) gostaria que houvesse um medicamento para acelerar a cura.

Em relação ao perfil socioeconômico, 10 (11,2%) dos entrevistados que tinham vínculo trabalhista formal abandonaram, em algum momento, o tratamento. Em contrapartida, 16 (17,9%) dos entrevistados que não tinha vínculo formal, não abandonaram o tratamento.

Dos entrevistados que responderam que a TB é uma doença grave, 47 (52,8%) abandonaram em algum momento o tratamento. Em relação aos entrevistados que faziam tratamento ou consultas de TB nas clínicas particulares,

não houve abandono. Entretanto, 46 (51,7%) dos entrevistados que eram atendidos em unidade de saúde pública, em algum momento, abandonaram o tratamento.

A Tabela 13 apresenta a relação entre variáveis sociodemográficas, comorbidades, hábitos e de conhecimento sobre TB e o abandono. As variáveis que mostraram diferença significativa entre os grupos de pacientes que abandonaram e que não abandonaram o tratamento foram: nível baixo de escolaridade (até o ensino fundamental), alcoolismo e uso de drogas.

Na entrevista, quanto nos referimos a DOTS 39 (79,6%) dos usuários que eram acompanhados pelas unidades de saúde, responderam que, em algum momento abandonaram o tratamento. Em relação ao tempo de tratamento da TB, 28 (53,8%) abandonaram em algum momento o tratamento, pois acreditavam que o período de tratamento era somente por 6 meses. Contudo, 17 (56,7%) dos entrevistados que sabiam que o tratamento era de 18 meses, abandonaram em algum momento o tratamento.

Trinta e dois (64%) entrevistados que gostariam de obter maiores informações sobre a TB, abandonaram o tratamento, em algum momento. Em relação às comorbidades, 15 (30%) dos entrevistados são usuários de bebida alcoólica, 12 (24%) usuários de drogas ilícitas, 13 (26%) de drogas lícitas, 10 (20%) são tabagistas, e também abandonaram o tratamento em algum momento. Apenas três pacientes da população apresentavam co-infecção TB-HIV e a comorbidade mais frequente foi diabetes.

Dentre os pacientes com o diagnóstico de TBMR, 33 (66%) abandonaram em algum momento o tratamento. A questão referente ao “olhar” das pessoas da comunidade ao entrevistado, demonstrou que 30 (60%) sentiam alguma forma de rejeição em relação a doença, e abandonaram o tratamento em algum momento. Dos entrevistados que foram encaminhados ao CRPHF com histórico de abandono prévio, 12 (24%) não obtiveram cura do tratamento.

Tabela 13: Variáveis, sociodemográficas, comorbidades, hábitos e conhecimento sobre TB em relação ao abandono de tratamento

Variáveis	Abandono n (%)	Não abandono n (%)	p-valor
Feminino	17 (34,0)	19 (48,7)	0,160
Masculino	33 (66,0)	20 (51,3)	
Até o Ensino Fundamental	40 (80,0)	13 (33,3)	<0,001
Ensino Médio/Superior	10 (20,0)	26 (66,7)	
Emprego formal	25 (50,0)	23 (59,0)	0,399
Emprego Informal	25 (50,0)	16 (41,0)	
Vínculo empregatício	10 (38,5)	13 (59,1)	0,154
Sem vínculo empregatício	16 (61,5)	9 (40,9)	
DOTS	39 (79,6)	26 (66,7)	0,170
Não DOTS	10 (20,4)	13 (33,3)	
Conhece tempo de tratamento (6 meses)	28 (56,0)	24 (61,5)	0,599
Desconhece tempo de tratamento (6 meses)	22 (44,0)	15 (38,5)	
Conhece tempo de tratamento (18 meses)	17 (34,0)	13 (33,3)	0,947
Desconhece tempo de tratamento (18 meses)	33 (66,0)	26 (66,7)	
Conhecimento sobre tosse como sintoma TB	35 (70,0)	28 (71,8)	0,853
Desconhecimento sobre tosse como sintoma TB	15 (30,0)	11 (28,2)	
Conhecimento sobre gravidade	47 (94,0)	36 (92,3)	0,752
Desconhecimento sobre gravidade	3 (6,0)	3 (7,7)	
Alcoolismo	15 (93,8)	35 (47,9)	0,001
Não alcoolismo	1 (6,3)	38 (52,1)	
Tabagistas	10 (66,7)	40 (54,1)	0,369
Não tabagistas	5 (33,3)	34 (45,9)	
Uso de drogas ilícitas	12 (92,3)	38 (50,0)	0,004
Não uso de drogas ilícitas	1 (7,7)	38 (50,0)	

Tinham TBMR	33 (64,7)	17 (44,7)	0,060
Não tinham TBMR	18 (35,3)	21 (55,3)	
Sentiam rejeição pela sociedade	30 (55,6)	20 (58,8)	0,763
Não sentiam rejeição pela sociedade	24 (44,4)	14 (41,2)	
Diabetes	6 (37,5)	10 (62,5)	0,096
Sem diabetes	44 (60,3)	29 (39,7)	

6. DISCUSSÃO

O perfil que caracteriza o grupo de pacientes que abandonam o tratamento em nosso estudo é de pacientes de baixa escolaridade, usuários de drogas e álcool. Os estudos mostram a associação entre a situação de grande vulnerabilidade social, nível de escolaridade baixa, situação socioeconômica precária, residência em local onde o saneamento básico é deficitário e desemprego (Pollyanna,2014) com o contágio da TB.O perfil socioeconômico dos entrevistados demonstra que são majoritariamente do sexo masculino, e se encontram em condições de vulnerabilidade social, apresentam baixa escolaridade, residentes com famílias numerosas em locais distantes, dados corroborados por outros estudos (DE OLIVEIRA GIROTI, BELEI, MORENO, SALOMÃO 2010; BRASIL, 2012; SAN PEDRO e OLIVEIRA, 2013; DA SILVA, 2019). Mesmo entre aqueles que estão empregados, existem os que estão na informalidade ou em empregos temporários, o que determina um quadro de insegurança pela possibilidade de tornarem-se desempregados após o pedido de afastamento das suas atividades laborais para prosseguir o tratamento da TB (FURLAN, 2012).

A discussão do abandono do paciente ao tratamento de TB ganha centralidade à medida que avaliamos que o abandono pode levar o usuário ao óbito ou a TB resistente. O abandono do tratamento da TB no CRPHF parece estar associado principalmente ao fator socioeconômico e cultural do enfermo,

que, de acordo com as entrevistas do presente estudo, reconhece a gravidade da doença, porém a conhece de forma limitada.

Carmo e Guizardi(2018) descrevem o conceito de vulnerabilidade social como a precariedade no acesso à renda, atrelada também à fragilidade de vínculos afetivos relacionais e desigualdade de acesso aos bens e serviços públicos. O estudo de Ramos (2009), expõe a estreita relação da TB com determinantes sociais, sendo assim, a TB e a pobreza apresentam uma influência mútua, onde a pobreza pode apresentar condições precárias de saúde, assim como as condições precárias de saúde podem gerar pobreza, influenciando em todo o processo de vida dos indivíduos com TB, interferindo nas oportunidades de trabalho, na subsistência pessoal e da família. Apesar de iniciarem o tratamento e serem acompanhados por uma equipe de médicos e funcionários especializados, muitos pacientes, quando gradativamente melhoram seu quadro de saúde, abandonam o tratamento antes de receber alta médica (NEVES, 2010). Este quadro contribui para o agravamento da TB, e a doença se torna resistente a alguns medicamentos como rifampicina e isoniazida (ROCHA; DALCOMO; BORGA, 2008). A não adesão ao tratamento preconizado contribui para a modificação do estágio da doença configurando quadro de tuberculose resistente ou multirresistente.

Conhecer o perfil do paciente de TB num contexto sócio demográfico contribui para a elaboração de uma estratégia com maior eficácia cuja finalidade é a diminuição do abandono do tratamento. A baixa compreensão desses indivíduos sobre a doença e o limitado acesso aos serviços de saúde, podem contribuir para o abandono do tratamento (FURLAN, 2012). Em relação à vulnerabilidade das pessoas com TB recomenda-se pelo Plano Nacional, uma estratégia de ação, como o cuidado integral e centralizado no indivíduo considerando seus aspectos individuais de vida, que podem impactar o desfecho do tratamento (BRASIL, 2019). Com isso, acredita-se que a qualidade na educação permanente e continuada, sejam métodos para a redução da TB. O programa de controle global de TB, segundo Tavares (2015), possui falhas, já que são programas de pouca efetividade para a mortalidade e para conter o desdobramento multidrogarresistente da TB.

Os dados mostram que 46% dos entrevistados abandonaram o tratamento em algum momento, seja por questões relacionadas ao trabalho ou a lacunas na informação, sobretudo em relação ao tempo de tratamento preciso. Segundo Furlan (2012) existe correlação significativa entre o abandono do tratamento, a escolaridade e o desemprego. Pollyanna (2014) refere-se aos fatores associados ao abandono como diversos e complexos, já que as dificuldades podem estar tanto no próprio indivíduo, como também na forma de como os profissionais estão conduzindo os processos de assistência à saúde do paciente.

Vale destacar que pacientes que se trataram inicialmente em clínicas particulares não abandonaram o tratamento, sugerindo haver melhor entendimento sobre a gravidade da TB, maior escolaridade e melhores condições socioeconômicas. A desistência do tratamento aparece neste contexto de desigualdades sociais e de classe. As condições sociais e econômicas estão intrinsecamente ligadas, à não adesão ao tratamento da TB ou ao abandono (TAVARES, 2015).

Quando os entrevistados relataram que as primeiras informações a respeito da TB foram através dos profissionais de saúde, pressupõe-se que as orientações sobre a doença foram fidedignas. Porém, mesmo pacientes com tratamento em curso, não reconhecem a tosse e a febre como um dos prováveis sintomas da TB. Pollyana (2014) discute fatores como a baixa escolaridade, que afetam a percepção e capacidade de entendimento das informações, e das formas que envolvem a TB. A autora sugere que as informações disponibilizadas aos pacientes sejam de melhor qualificação, capacitando os profissionais de saúde envolvidos a identificar as possíveis dificuldades do entendimento do usuário.

No presente estudo, 77,5% dos entrevistados possuem lesão cavitária, de relevante importância clínica e também quanto ao veículo de disseminação da doença (CAMPOS, 2006).

Quase metade dos pacientes do estudo eram usuários de drogas ilícitas (14,6%), álcool (18%), tabaco (16,9%), o que está de acordo com o perfil dos pacientes divulgado no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde – Brasil (BRASIL, 2012). O uso de drogas ilícitas, álcool e tabagismo tem ação prejudicial contra o sistema imune, alterando o modo de defesa contra microrganismos patogênicos, tornando-o mais vulnerável à infecção (COOK, 1998; ARCAVI;

BENOWITZ, 2004; CABRAL, 2006), também observado em grupos populacionais com histórico de HIV e diabetes (BRASIL, 2012; DE VECHI CORRÊA *et al*; 2019; NASCIMENTO E SOARES, 2019). A TB é a causa de morte mais comum em pacientes com histórico de HIV, com alto percentual de abandono de tratamento (BRASIL, 2001). O tratamento da TB, principalmente da Tuberculose Multirresistente (TBMR), envolve certa complexidade devido ao período prolongado de uso de medicamentos. O tempo de tratamento se relaciona com aspectos intrínsecos ao hospedeiro como resposta imune, além de comorbidades, uso de drogas lícitas e ilícitas, alimentação saudável, repouso e ambiente iluminado, saudável com adequada assepsia. É essencial um trabalho conjunto da equipe multidisciplinar em que o paciente esteja inserido, com informação sobre a importância do processo do tratamento, adesão, medicamento, assiduidade às consultas médicas; juntamente com o paciente e seus familiares, de uma forma acolhedora e solidária (BRASIL, 2018). Em sua maioria, os pacientes com TBMR do Estado do Rio de Janeiro são encaminhados ao CRPHF. Portanto, os entrevistados do presente estudo possuem algum tipo de resistência ou sensibilidade relacionados aos medicamentos.

Este estudo demonstrou que os sentimentos de tristeza/desesperança e medo ao receber a notícia que tinham TB, prevaleceram, o que também foi observado por outros autores. Os resultados demonstram a fragilidade do indivíduo portador de uma doença infecciosa, com relevante estigma, e que pode interferir nas atividades laborais e na rotina de vida diária, além de consequências intrínsecas à própria doença – como falta de vitalidade, emagrecimento e o isolamento social, também observado por outros autores (DE SOUZA, SILVA, MEIRELLES, 2010).

No presente estudo, 39 (79,6%) dos pacientes abandonaram em algum momento o tratamento e estavam vinculados ao DOTS. Há relatos nas consultas médicas de pacientes que alegam saber administrar o próprio medicamento sozinho. Portanto, o paciente opta, por não participar do DOTS. Apesar de ser importante, a autonomia do indivíduo e sua própria liberdade de escolha, essa opção pode contribuir para um tratamento inadequado e para o abandono do tratamento (BRASIL, 2010:17). O DOTS traz um auxílio extra ao paciente por ter um maior vínculo com o profissional de saúde, favorecendo ações no âmbito de

promoção da saúde, e conseqüentemente um maior índice de assiduidade ao tratamento. Entretanto, o abandono ainda é uma realidade, pois, apesar do incentivo e aumento de adesão, ainda há limitações. Talvez seja válido o uso de estratégias combinadas incluindo a indução à auto responsabilidade e o fortalecimento de vínculos entre usuários/família e serviço de saúde (JUNGES, BURILLE, TEDESCO, 2019).

A falta de conhecimento de como se adquire a TB por algumas pessoas da comunidade em que o paciente vive faz com que possamos refletir sobre a criação de formas de ação educativas que possam atingir todos os envolvidos, desde o paciente, a família, a comunidade, tendo uma linguagem que propicia o entendimento da realidade de cada indivíduo. Como fonte para obter maiores conhecimentos sobre TB de uma forma clara, os entrevistados da pesquisa pontuaram a televisão e as mídias sociais, como melhores veículos de informação para o conhecimento da TB. O Plano Nacional contra a TB enfatiza a necessidade de cuidado integral e centrado nos indivíduos, como estratégia fundamental na atenção a TB, por meio de um trabalho de educação permanente e continuada, visando a melhoria do tratamento e menor taxa de abandono (BRASIL, 2019).

Por ser uma relevante questão de saúde pública, e meta da OMS no tocante à diminuição do abandono ao aumento do percentual de cura, o ambulatório do CRPHF com a equipe multidisciplinar, desenvolverá junto com o serviço social um trabalho que será usado como forma de incentivo à disseminação da informação sobre TB, com o objetivo de aumentar a adesão à terapêutica adequada, e diminuir o abandono ao tratamento da TB. Esses informativos, serão realizados de forma objetiva, clara e com o intuito de alcançar o discernimento do paciente, com ilustrações e linguagem adequada. Os temas abordados foram selecionados com base nos resultados do estudo em questão, e demonstram aspectos referentes à etiologia, transmissibilidade, sinais e sintomas, forma e tempo de tratamento, importância em continuar o tratamento até sua finalização, com ênfase na informação de que a TB tem cura. Os temas serão trabalhados pelo serviço social com grupos de pacientes na sala de espera das consultas, objetivando alcançar o maior número de pessoas possível. A forma como o conteúdo será comunicado, principalmente, por meio de mídias digitais,

visa ser de fácil acesso para os usuários, e com uma forma simplificada que permita o compartilhamento entre as redes sociais.

Deste modo, o acesso à informação e seu entendimento, poderão diminuir o preconceito e estigma relacionados ao paciente com TB, além do apoio à adesão e à assiduidade ao tratamento, aumento da autoestima e do sentimento de acolhimento tanto do próprio, como da família. Isto poderá aumentar a confiança do paciente considerando o longo período de tratamento, e aumentar as taxas de cura da doença.

7. PERSPECTIVAS

O material educativo será produzido a partir dos resultados da pesquisa, e tem como objetivo incluir orientações sobre as características da TB, contágio, importância da adesão e consequências do abandono do tratamento. Algumas estratégias foram levantadas pela equipe para veiculação do conteúdo no sentido de potencializar a comunicação da mensagem e de ampliar a difusão da informação qualificada em saúde sobre TB.

Pensando em explorar o uso da tecnologia, principalmente de aplicativos no dispositivo móvel – celular, tablet e/ou computador, o desenvolvimento de um software para auxiliar o paciente a entender melhor a sua doença, e garantir a assiduidade do tratamento com a tomada de medicamentos todos os dias e nos horários corretos, seria uma ação direcionada a redução do abandono de tratamento e, conseqüentemente, de acompanhamento do tratamento da TB. Portanto, uma das estratégias para a veiculação do conteúdo produzido neste estudo será o desenvolvimento de um aplicativo específico que permitirão acompanhamento dos pacientes por parte dos profissionais de saúde visando intensificar as ações voltadas para o controle da tuberculose

A sala de espera é um organismo vivo, pois há um grande fluxo de pacientes e profissionais, sendo um momento que oportuniza troca de conhecimentos, experiências, onde podem ser realizadas atividades participativas (FEITOSA et al., 2019; de SANTANA et al., 2020). Esta estratégia potencializa a união entre usuários e equipe da saúde oferecendo quebra de paradigmas e mitos, e permitindo discussões pertinentes sobre temas em voga – como doenças emergentes, ou doenças de questões de saúde pública, ou seja, são profissionais

atuando na Promoção à Saúde (FEITOSA et al., 2019). Propomos a realização de estratégias educativas na sala de espera do CRPHF, veiculando o conteúdo obtido em nosso estudo por meio de plataformas digitais, como o aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas.

O programa Hackathon/Fiocruz em saúde 2019, reuniu programadores, designers e outros profissionais relacionados ao desenvolvimento de aplicativos web para computadores e dispositivos móveis (Icict,fiocruz). Consiste em um esforço concentrado nos moldes de uma maratona para o desenvolvimento de inovações tecnológicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) que proporcionem novidades do ponto de vista sociocultural. Nesta edição foi aprovado o projeto “e-DOTS” que tem como objetivo controlar à distância a ingestão de medicamentos pelo paciente com tuberculose durante o tratamento. O aplicativo potencialmente permitiria realizar vídeo-ligações entre o paciente e o enfermeiro/médico no momento da ingestão dos medicamentos (e/ou a gravação e envio posterior de vídeos). Esse mesmo aplicativo manteria também um histórico dos medicamentos ingeridos e lembraria o paciente com alguns minutos de antecedência o horário da ingestão dos medicamentos. Adicionalmente, o aplicativo poderia ter como uma de suas ferramentas, um serviço de agenda capaz de lembrar o paciente outras informações relevantes do tratamento, como por exemplo: a data das consultas médicas nas unidades de saúde.

Pretendemos incluir os resultados obtidos no presente estudo como conteúdo para integrar o material que será disponibilizado aos usuários através das funcionalidades do aplicativo.

8. CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes que abandonam o tratamento em nosso estudo é de pacientes de baixa escolaridade, usuários de drogas e álcool. Foi observado conhecimento sobre a transmissão da TB e sobre a gravidade desta, porém ainda há limitado conhecimento sobre os grupos mais vulneráveis, e sobre a forma de prevenção adequada.

A partir do perfil dos entrevistados do presente estudo podem ser delineadas alternativas de abordagem para a redução do abandono dos pacientes com TB no CRPHF. Para isto será desenvolvido conteúdo com temas diversos

sobre a TB, sendo eles, etiologia, transmissibilidade, sinais e sintomas, forma e tempo e continuidade do tratamento, até sua finalização. Como mensagem central pretendemos reiterar para os pacientes a premissa de que a TB tem cura. O conteúdo que resultou do estudo será veiculado por meio de mensagens nas mídias sociais de cunho informativo e educativo, sucintas, visando o melhor entendimento da mensagem principal pelos pacientes.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARCAVI, L.; BENOWITZ, N. L. Cigarette smoking and infection. **Archives of Internal Medicine**, v. 164, n. 20, p. 2206-2216, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15534156> (Último acesso em março 2020)

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. **Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. In: Revista Saúde Pública, 2007; 41 (supl.1)

BASÍLIA, C.E.G. **Observatório Tuberculose Brasil.** IN: Boletim Pneumológico do Centro de Referência Hélio Fraga. 2016. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/BoletimTuberculoseCRPHF.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença.** Secretaria de Vigilância Sanitária, volume 50. Boletim Epidemiológico. Brasília, 2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil /** Ministério da

Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da saúde, 2019a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. **Tuberculose Multirresistente - Guia de Vigilância Epidemiológica**. 1ª edição. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras microbactérias**. Ministério da Saúde, Brasília, 2008a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica. no.21. Vigilância em Saúde. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Ministério da Saúde, 2008b.
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad21.pdf

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, 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. 1. ed. ampl. -- Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 43 – Especial Tuberculose. Brasília, março - 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Panorama Epidemiológico da coinfeção TB/HIV no Brasil 2019**. Secretária de Vigilância e Saúde. Ministério da Saúde, 2019.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. As políticas de seguridade Social. IN: **Revista CEAD/CFSS**. 2000/2001

BRAVO, M.I.S. **As Políticas de Seguridade Social Saúde no Brasil: trajetória histórica**". In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRÁS, O. C. R. **Vulnerabilidade e Tuberculose no Rio de Janeiro**.IN:Saúde Soc. vol.23 no.1 São Paulo jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100005>(Último acesso em março,2020)

CABRAL, G.A. Drugs of Abuse, Immune Modulation, and AIDS. **Jrnl Neuroimmune Pharm**, 1(3), p. 280–295, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11481-006-9023-5>(Último acesso em março,2020)

CAMPOS, C.E.A.; COHN, A.; BRANDÃO, A.L. **Trajетória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015**. Cem anos de inovações e conquistas. IN: *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1351-1364. ISSN 1413-8123

CDC. Advocacy Communication and Social Mobilization for TB control. **A Guide to developing Knowledge, Attitude and Practice Surveys**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43790> (Último acesso em março, 2020)

CARMO, M.E, GUIZARDI, F.L. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**. IN: Caderno de Saúde Pública. RJ, 2018.

ClAVATTA, M. **O Conhecimento histórico e o problema teórico-metodológico das mediações**. In: FRANCO, Maria C. e FRIGOTTO, G. (org). *Teoria e Educação no Labirinto do Capital*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

CIVIATTA, M. **A produção de conhecimento sobre a configuração do campo profissional e tecnológico**. (13/10/2016). Disponível em: www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/download/5013/1567

COOK, R.T. Alcohol abuse, alcoholism, and damage to the immune system—a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 22, n. 9, p. 1927-1942, 1998.

CAMPOS, H.S. *et al.*. Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas. *Caderno de Saúde Direta*: RJ, v. 15, n. 1, p. 29-35, 2006. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13404591932.pdf> (Último acesso em março, 2020)

COSTA, MN.D.H. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. As particularidades do Trabalho dos (as) Assistentes Sociais no SUS. IN: *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano XXI, n. 62, mar. 2000.

CHIRINOS, N.E.C.; MEIRELLES, B.H.S. **Fatores associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose: uma revisão integrativa**. IN: Contexto Enfermagem, Florianópolis-2011

CHIRINOS, N.E.C; MEIRELLES, B. H. S; BAYIELD, A.B.S. **Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre abandono do tratamento**. In: Revista Gaúcha de enfermagem, 2015.

CONDE, M.B; SOUZA G.M; KRITSKI A.L. **Tuberculose sem medo**. Editora Atheneu. 1ª Edição. SP:2002.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. Coletânea da revista Serviço Social e sociedade-Revista Quadrimestral do Serviço Social –ano XXI, no 62 São Paulo:pg. 12 Ano 2016

COUTO, David Sarmiento de; CARVALHO, Rafael Nicolau, AZEVEDO, Elizângela Braga de; MORAES; Marina Nascimento de; OLIVEIRA, Patrícia Georgina, PINHEIRO, Dino; BRAGA, Elaine Faustina. **Fatores determinantes para o**

abandono do tratamento de tuberculose: Representações dos usuários de um hospital público IN: Revista saúde debate. Julho de 2014

DALCOLMO, M.P.; ANDRADE, M.K; PICON, P.D.. **Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle.** IN: Rev Saúde Pública 2007. (p. 34-42).

SILVA, M. P. S., Botelho, E. P, CARVALHO, J. N., GONÇALVES, L. H. T. Letramento em saúde dos comunicantes familiares de pacientes com tuberculose pulmonar. **Enfermagem Brasil**, 18(3), 414-421, 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2534> (Último acesso março 2020)

SANTANA, J. P. et all. Educação em saúde na sala de espera: relato de experiência/Health education in the waiting room: experience report. **Brazilian Journal of Development**, 6(1), 1057-1066, 2020.

DE VECHI CORRÊA, et all. Aspectos associados ao desfecho do tratamento da coinfeção tuberculose/vírus da imunodeficiência humana. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 3, p. 389-397, 2019.

DORIGONI, G. M. L.; SILVA, J.C. da. Mídia e Educação: o uso das novas tecnologias no espaço escolar. **Santa Catarina: UNIOESTE**, p. 2-3, 2008.

ETHEL, L.N.M. **Estratégias da agenda pós 2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades** – Epidemiologia serviço de saúde 25(2) 423/426 – Abril/Junho de 2016 - Artigo

DA SILVA, P.L.N.; OLIVEIRA, M.K.S.; GUIMARÃES, C.F.; GUIMARÃES, L.F.; DOS SANTOS; L.R., & ALVES, E.C.S. Análise do conhecimento de moradores quanto à transmissibilidade e prevenção da tuberculose: implicações biopsicossociais. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, ISSN 2179-6750, v. 10, 2019.

DE SOUZA, S.D.S.; DA SILVA, D.M.G.V., & MEIRELLES, B.H.S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 23-28, 2010.

DE OLIVEIRA GIROTI, S.K.; BELEI, R.A.; MORENO, F.N.; & SALOMÃO, F. Perfil dos pacientes com tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.

FEITOSA, A. L. F., SILVA, R. L., OLIVEIRA S. K. S., SILVA, L. K. G., ROCHA, M. C. G., & de Oliveira Andrade, M. F. L. Sala de espera: estratégia de educação em saúde no contexto da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, 9(2), 67-70, 2019.

FERRI, A.O; AGUIAR, B.; WILHELM, C.M.; SCHMIDT, D.; FUSSIEGER, F.; & PICOLI, S.U. **Diagnóstico da Tuberculose: uma revisão.** Revista Liberato Nova Hamburgo. 15(24), p. 105-212, 2014.

FURLAN, M.C, OLIVEIRA, S.P, MARCON, S.S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paul Enferm.** Paraná, 2012, no. 25 (108-114pp).

GRANGE, J.M.; GIBSON, J.; OSBORN, T.W.; COLLINS, C.H.; & YATES, M.D. (1983). What is BCG?. *Tubercle*, 64(2), p.129-139.

GUIMARÃES, J. S.; WIGGERS, I. D.; TOCANTINS, G. M. O. Mídia-educação e escola: meios digitais e cultura popular. **Cadernos de Pesquisa**, v. 45, n. 158, p. 995-999, 2015.

HEINSFELD, Bruna Damiana; PISCHETOLA, Magda. Cultura digital e educação, uma leitura dos estudos culturais sobre os desafios da contemporaneidade. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, v. 12, n. esp., p. 1349-1371, 2017.

HIJJAR, M.A; PROCOPIO, M.J; RIBEIRO, R.O; TEIXEIRA, G.M. **A tuberculose no Brasil e no mundo.** Bol. Pneumologia. Sanitária. v.9 n.2 p. 9-16 Rio de Janeiro, dez. 2001.

Instituição Operacional conjunta SNAS/MDS e SVS/MDS e SVS/MS. **Estabelece orientações gerais sobre Tuberculose e como os serviços socioassistenciais podem contribuir para o controle da doença (OMS) 01/09/2014-** Artigo.
Site: <http://blogdatuberculose.blogspot.com/p/acervo.html>

JUNGES, J.R.; BURILLE, A.; TEDESCO, J. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190160, 2019.

LEAL, I.; RODRIGUES, A. *et al.*. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Revista de enfermagem USP*, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200020>. (Último acesso em março, 2020)

MACIEL, E.L.N.; SALES, C.M.M.; BERTOLDE, A.I.; SANTOS, B. R. *O Brasil pode alcançar os novos objetivos globais da organização de saúde para o controle da tuberculose?* Epidemiol Serviço de Saúde. Brasília, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil.** Brasília/D.F./2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil Livre da Tuberculose. **Plano Nacional para o fim da Tuberculose como problema de saúde pública.** Brasília/DF, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde.** V.48 número 8. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**, CGPNCT/DEVIT, Secretaria de Vigilância em Saúde. (Outubro de 2016). Site: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/21/Apresentacao-sobre-os-principais-indicadores-da-tuberculose.pdf>

MIRANDA, J.I.; HELOY, H.R.F. As políticas Sociais na contemporaneidade e seus desafios no enfrentamento das manifestação da questão social. IN: IV Seminário CETROS Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social 29 a 31 de maio de 2013, Fortaleza – CE – UECE – Itaperi, 2013.

Parâmetro para atuação de assistentes sociais na política de saúde trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, CFESS .Brasília, 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf (Último acesso março 2020)

NASCIMENTO, C.V.; SOARES, S.M. Manejo integrado de tuberculose e diabetes: uma revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, 2019.

OLIVEIRA, R. C.; SILVA, R. S. Políticas públicas e estratégias de inclusão digital na baixada fluminense do estado do Rio de Janeiro. **Duque de Caxias: UNIGRANRIO**, 2016.

PARESUA, M. **Perfil do debate Nacional sobre o tema de abandono ao tratamento da Tuberculose nas publicações científicas em Língua Portuguesa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Ensp). 2015.

PENTEADO, Claudio Camargo; FORTUNATO, Ivan. Mídia e políticas públicas: possíveis campos exploratórios. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 87, p. 129-142, 2015.

PEREIRA, S.M., DANTAS, O.M.S., XIMENES, R., & BARRETO, M.L. Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 59-66, 2007.

PROCÓPIO, M.J. **Controle de tuberculose: proposta de integração de ensino e serviço**. EAD-Ensp-Fiocruz, RJ: 2008.
QUEIROZ, R., NOGUEIRA, P.A. **Diferenças na adesão ao tratamento de da tuberculose em relação ao sexo no Distrito Federal da Freguesia do/Brasilândia**. São Paulo. 17/09/2009

RAMOS, S.; BRAGA, J.U.; HERRERO, M.B. **Determinantes sociais da não adesão ao tratamento de tuberculose em Buenos Aires**. Argentina- 30/3/2015.

RAMOS, A.S. **O tratamento Diretamente Observado (DOT) em um município prioritário para o controle do Estado de São Paulo**. Tese de Mestrado USP: 2004.
Site: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07102009.../AlinedaSilveiraRamos.pdf

Relatório da OMS, 30 de outubro de 2017. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5537:relatorio-da-oms-indica-necessidade-urgente-de-maior-compromisso-politico-para-acabar-com-a-tuberculose&Itemid=812 (Último acesso março 2020)

REIS, A.B., *et al.* A EFICÁCIA DA VACINA BCG EM RECÉM-NASCIDOS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS, v. 5, n. 3, p. 95, 2019.

ROCHA, JL; BORGA, L; DALCOLMO, M.P. Tuberculose Multirresistente. IN: ROCHA JL, DALCOMO M.P, BORGA L et al. **Tuberculose multirresistente**. Curso de Temas Avançados de Tuberculose. Aula 8. RJ. 2008.

RODRIGUES L.; et all. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. Scielo – Revista de Saúde Pública, Volume 41, São Paulo ,2007. IN: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/editorial.pdf> (Último acesso novembro, 2019).

ROSSETTI, M. L. R., VALIM, A. R. D. M., SILVA, M. S. N., & RODRIGUES, V. S.. Tuberculose resistente: revisão molecular. Revista de Saúde Pública, v.36, p. 525-532, 2002.

SAN PEDRO, A. **Tuberculose e indicadores socioeconômicos revisão sistemática da literatura**. Fundação Oswaldo Cruz. Ensp. Departamento de Endemia Samuel Pessoa.2012

SAN PEDRO, A; OLIVEIRA, RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, p. 294-301, 2013.

SANTOS, R.C; SILVA, V.A.N; OLIVEIRA; A.M. Tuberculose pulmonar: sintomas e tratamento. Faculdade Alfredo Nasser. IN: <http://www.faculdadealfredonasser.edu.br/files/pesquisa/TUBERCULOSE.pdf> (Acesso em outubro/2019).

SAUER, C.M.; et all. Research Article Feature selection and prediction of treatment failure in tuberculosis.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. Implantação do plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas-volumen49 / março de 2018

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (MS) **Boletim epidemiológico**. Volume 48, número 08 -2017

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMOLÓGICA. **Manual de Recomendações para o controle de Tuberculose no Brasil**. Série A. norma e manuais técnicos- Brasília/D.F. 2011

SILVA, E.A.; et all. **Estimação do Tempo de Abandono de pacientes em tratamento da Tuberculose.** IN: Deininger: Revista de Enfermagem UFPE. Dezembro, 2014

SILVA, E.F. **O papel da farmácia do Centro de Referência Professor Hélio Fraga/ ENSP/FIOCRUZ** no contexto do SUS. IN: Boletim Pneumológico do Centro de Referência Hélio Fraga. 2016. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/BoletimTuberculoseCRPHF.pdf>

SILVA, P.F, MOURA, G.S, CALDAS, A.J.M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. Caderno de Saúde Pública 30 (8) ago 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1745.pdf> (Último acesso março, 2020)

SILVA, V.D.; MELLO, F.C.Q.; FIGUEIREDO; S.C.A. **Estimativas das taxas de recidiva, cura e abandono de tratamento em Pacientes com tuberculose pulmonar tratados com esquema de dose fixa combinada de quatro drogas em uma unidade de saúde terciária na cidade do Rio de Janeiro.** IN: J.Bras Pneumol. 2017. p. 113/120 Site: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v43n2/pt_1806-3713-jbpneu-43-02-00113.pdf

SPENCE, D.P., HOTCHKISS, J., WILLIAMS, C.S., & DAVIES, P.D. Tuberculosis and poverty. Bmj, v. 307, n. 6907, p. 759-761, 1993.

TAVARES, N.U L, *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Revista de Saúde Pública. Brasília, 2015.

VALENÇA, M.S; MATA, L.G.P; VAZ, R.C.; SILVA, P.E.A. Tuberculose em presídios Brasileiros. Uma revisão integrativa da literatura. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, julho 2016. Volume 21. No. 07.

VASCONCELOS, A.M. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** IN: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2001.

VILAÇA, M. L. C.; ARAÚJO, E. V. F. Linguagem na era digital: Reflexões sobre tecnologia, linguagem e comunicação. **Duque de Caxias: UNIGRANRIO**, 2016.

SITES DE PESQUISA:

Conselho Federal do Assistente Social-10a Edição, Revista Atualizada ano 2012- Código de Ética do Assistente Social, lei 8662/93, resolução 273/93 Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf

Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8-Indicadores-priorit-rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa--de-P--blica-no-Brasil.pdf>

SUS. <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

Ministério da Saúde. Site: <http://portalms.saude.gov.br/>

Organização Pan –Americana de Saúde: <https://www.paho.org/bra/>

Organização Mundial de Saúde: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>

Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na Política de Assistência Social. Site: [http://WWW.cfess.org.br/arquivos/cartilha CFESS /2003](http://WWW.cfess.org.br/arquivos/cartilha%20CFESS%202003)

Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na saúde. Site: [http://cfess.org.br/arquivos/parametros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde /2003](http://cfess.org.br/arquivos/parametros%20para%20atuacao%20de%20Assistentes%20Sociais%20na%20Saude%202003)

Programa Nacional de Tuberculose – Organização Mundial de Saúde -2001

Resolução CFSS Número 493/2006-Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília, 2006

Programa Nacional de Controle da Tuberculose. IN: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf> (Acesso em abril de 2018. Página 3).

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/19/APRES-PADRAO-JAN-2018-REDUZIDA.pdf> (Último acesso em: maio 2018)

**ANEXO 1:
QUESTIONAIR OF CDC**

Annex D

MENU OF SAMPLE ACSM KAP SURVEY QUESTIONS

An extensive list of sample questions that can be used on ACSM KAP survey questionnaires follows. They are divided by general topic area, but many of them are designed to explore factors that influence behaviour, such as perceived susceptibility, perceived severity or perceived social acceptability. These determinants may prompt healthy behaviours or serve as barriers to action.

Many of the questions require the development of an appropriate range of multiple responses or scales that a respondent would choose from (e.g. "Please check one response" or "Check all that apply"). Do not try to include all of them on your survey questionnaire, pick and choose the most important ones to your survey, and adapt or develop new questions that best fit your survey objectives.

Demographic information

- How old are you?
- What is your gender?
- What is your education?
- Are you working?
- How far do you live from the nearest health clinic or hospital?

Knowledge

- Have you ever heard of tuberculosis?
- What is the difference between tuberculosis and TB?
- What is MDR-TB?
- What is XDR-TB?
- What are the signs and symptoms of TB?
- How can a person get TB?
- What kinds of people are more likely to get TB?
- What populations are most susceptible to TB?
- How can a person prevent getting TB?
- In your opinion, who can be infected with TB?
- Can TB be cured?
- How can someone with TB be cured?
- Where can TB be cured?
- Can all TB be cured?
- What could a person do that would reduce his or her chances of a cure?
- What is the cost of TB diagnosis and treatment in this country?
- How much do you think TB treatment costs in this country?
- How long does TB treatment last?

Attitudes

- In your opinion, how serious a disease is TB? (Provide a scale or ask in relation to other diseases.)
- How serious a problem do you think TB is in your country/region?
- Do you think you could get TB?
- How would you know that you have TB?
- What would be the first thing you did, if you learned that you have TB?
- What would be your reaction, if you found out that you have TB?
- What worries you the most, when you think about TB?

Health-seeking behaviour

- Where do you usually go if you are sick, or to treat a general health problem?
- How often do you generally seek health care at a clinic or hospital?
- What would you do, if you thought you had symptoms of TB?
- If you had a cough for more than three weeks or if you were coughing up blood in your sputum, what would you do?
- What help would you seek, if you thought you had symptoms of TB?
- When you are sick, what prompts you to go to a medical facility?
- If you would not go to the medical facility, what is the reason?
- If you had symptoms of TB, at what point would you seek medical help?
- If you had symptoms of TB, how long would you wait before seeking treatment?
- Who would you talk to about your illness if you had TB?

Exposure to communication and mass media sources

- Where did you first hear about TB?
- Is information on TB available to you?
- What are the sources of information that can most effectively reach people with information on TB?
- Where do you currently get health information from?
- What source of information do you trust most?
- How often do you watch TV?
- What hours of the day do you usually watch?
- What channels do you usually watch?
- How often do you listen to radio?
- What kinds of programmes do you like to listen to?
- What hours of the day do you usually listen?
- What channels do you usually listen to?
- How often do you read newspapers or magazines?
- What kinds of publications do you like to read?

Stigma

- Do you know people who have/had tuberculosis?
- How do community members realize that a person has TB?
- How do you feel towards people who have TB?
- If a close friend of yours had TB, how would your relationship change?
- In your community, how is a person who has TB regarded/treated?

58 Advocacy, Communication and Social Mobilization for TB control (A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys)

Advocacy, Communication and Social Mobilization for TB control (A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys) 59

- How should HIV positive people be concerned about TB?
- In your opinion, are some people more likely to become infected with TB than others? If so, who is more likely to be infected?
- Have you ever worked or lived with someone with HIV or AIDS?
- How did you know that the person was living with HIV or AIDS?
- What was the quality of life of the person with HIV?
- In your opinion, does having TB carry the same stigma as AIDS or less/more?
- If you had only one bed in a hospital for a TB patient or an AIDS patient, who would you give it to and why?

Gender

- Do women usually go to a health-care facility alone?
- Do men usually accompany their wives to visit a health-care facility?
- Are men or women more likely to get TB, or is their risk the same? Why do you say that?
- What would a man in your community do if his wife got TB?
- How would you react if you were informed your prospective daughter-in-law had TB?
- How would you react if you were informed your prospective son-in-law had TB?

Questions particular to health-care workers

- What is your level of health profession education?
- Where is the health facility you work in located?
- How long have you been working at this health-care facility/unit?
- Have you ever received training on providing health education?
- Is providing health education part of your duty at the unit?
- Do you currently provide education on TB?
- Do you currently provide education on HIV?
- Have you ever provided education on TB?
- Have you ever provided education on HIV/AIDS?
- If so, how often do you provide information on TB?
- If so, how often do you provide information on HIV?
- What materials do you use to guide your education sessions?
- What is the source of the materials you use for TB and HIV education?
- In your experience, what would help families discuss TB more openly?
- What do you think would make it easier for communities to have more open dialogue on health topics?
- What do you think is the best communication channel that is likely to be effective in reaching the majority of TB behavioural change targets in your community?
- What communication channels do you think health workers can use to encourage HIV prevention practices in your community?
- At what stage in their illness do you think TB patients usually begin seeking health care at your facility?
- How do people react once they find out that they have TB?
- Whom do they generally tell about their illness?
- Who are the treatment supporters most often proposed by your TB/HIV clients?
- In your community, how is a person who has TB usually regarded/treated?

Página 64 de 68

60 Advocacy, Communication and Social Mobilization for TB control (A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys)

ANEXO 2:

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa:

O ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NO CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA.

Pesquisador: MAYUMI DUARTE WAKIMOTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95421018.9.0000.5262

Instituição Proponente: INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS - INI/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.900.943

Apresentação do Projeto:

Introdução: O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está inserido nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. E encontra-se, subordinado a uma política onde estão inseridas ações técnicas e de assistência, estabelecidas com a distribuição gratuita de medicação e outros serviços, buscando beneficiar com essas ações a população. “As últimas décadas foram marcadas por enormes desigualdades sociais nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Essas desigualdades são traduzidas em aumento das condições de pobreza e falta de acesso a serviços, crescimento populacional e concentração urbana. Isto repercute negativamente nas doenças endêmicas, como a tuberculose (TB), e a pandemia de infecção pelo vírus da Aids. Nesse cenário, a deterioração dos programas de controle da TB resultou em grandes desafios no terreno das doenças infecciosas. São eles: aumento expressivo de resistência aos fármacos existentes para tratamento da TB, emergência das formas multirresistentes (TBMR), e mais recentemente, em 2006, a forma denominada tuberculose extensivamente resistente (XDRTB – extensively drugresistant tuberculosis).” (DALCOLMOI, KRAMER, PICON, 2007: 34). A tuberculose é uma doença infecciosa transmitida pelo *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, nome dado para homenagear o descobridor da doença, o bacteriologista alemão Robert Koch, em 1882. A transmissão ocorre por meio da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala, espirro. Os pacientes que apresentam baciloscopia de escarro positivos chamados bacilíferos, constituem a principal fonte de infecção. O bacilo da tuberculose aloja-se preferencialmente nos pulmões, principalmente nas regiões médias inferiores provavelmente devido à maior ventilação nestas áreas (Haque, 1990). Portanto, em cerca de 90% dos casos, a doença inicia-se pelos pulmões, embora em casos graves a doença possa afetar outros órgãos como: rins, órgãos genitais, intestino delgado, ossos podendo levar a óbito. A forma pulmonar é a mais relevante para a saúde pública, uma vez que é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Pode se apresentar sob a forma primária, pós primária ou miliar. Os sintomas da tuberculose são: tosse persistente (produtiva ou não), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento (MS, 2018). O diagnóstico bacteriológico da tuberculose é realizado por meio do exame microscópico direto – baciloscopia direta: cultura para micobactéria, identificação e teste de sensibilidade. O diagnóstico por imagem pode ser realizado por meio da radiografia de tórax, de grande importância na investigação; tomografia computadorizada em alguns casos para diagnóstico diferencial. A prevenção para minimizar chances de contrair tuberculose é realizada através da vacina BCG realizada no primeiro mês da vida do bebê, entretanto, permanece a possibilidade de futuro contágio da tuberculose (Silva, 2014). A tuberculose é considerada uma doença curável em praticamente todos os casos novos, sensíveis aos medicamentos, desde que o esquema preconizado seja cumprido, evitando-se a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos. A resistência aos fármacos utilizados no esquema básico de tratamento da tuberculose pode ser classificada em: (1) natural, quando surge nos processos de multiplicação do bacilo; (2) primária observada em pacientes nunca tratados que foram contaminados por bacilos previamente resistentes; (3) adquirida ou secundária, observada em pacientes inicialmente sensíveis ao tratamento que se tornam resistentes após exposição aos medicamentos. O abandono de tratamento figura como uma das principais causas de resistência adquirida, assim como

esquemas inadequados e irregulares ou falta temporária de medicamentos. De acordo com o padrão de resistência do bacilo da Tuberculose identificada pelo teste de sensibilidade, observam-se os seguintes perfis: 1) Monorresistência - resistência asomente um medicamento; 2) Polirresistência - quando há resistência a Rifampicina ou Isoniazida e de um ou mais medicamentos, como o levofloxacino e moxifloxacino injetáveis de segunda linha (Amicacina, Canamicina e Capreomicina); 3) Multirresistência - quando há resistência a Rifampicina + Isoniazida (MDR); 4) Resistência Extensiva (XDR) - quando há resistência a Rifampicina+Isoniazida, e fuoroquinolonas (ofloxacino). A tuberculose é a doença infecciosa que mais mata no mundo superando as mortes causadas por HIV e Malária juntos. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2016, foram estimados 10.4 milhões de casos de Tuberculose no mundo. No Brasil entre os anos de 2016 e 2017, foram registrados 69 mil casos novos de Tuberculose e 4.5 mil óbitos portuberculose. De acordo com a nova classificação da Organização Mundial de Saúde - OMS 2016-2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para o combate à Tuberculose, 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para Tuberculose – HIV e a 4ª posição por causa de mortes por doenças infecciosas. A cada ano a tuberculose aumenta consideravelmente em todo o mundo. A maioria desses casos se concentra na Ásia (55%) e África (13%). Entretanto, observa-se a diminuição gradativa da taxa de incidência global (menos de 1%) ao ano. O Brasil é um dos países com maior número de casos de tuberculose no mundo, concentrando 80% da carga mundial de Tuberculose. Em 2009 foram notificados 72 mil casos novos (38/100.000 habitantes). Destes, 41 mil eram bacilíferos. O Brasil ocupa a 19ª posição em relação ao número de casos e a 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2009). A distribuição dos casos está concentrada em 315 dos 5.564 municípios do país, correspondendo a 70% das totalidades dos casos. O estado de São Paulo detecta o maior número absoluto de casos. É importante destacar que anualmente ainda morrem 4.5 mil pessoas por tuberculose, doença curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares. Em 2008, a Tuberculose foi a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte dos pacientes com Aids (MS, 2011). O estado do Rio de Janeiro apresenta o maior coeficiente de incidência de tuberculose no país. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, no ano de 2016 foram notificados 14.453 pacientes com tuberculose, dos quais 69% dos pacientes foram curados e 12,5% abandonaram o tratamento. Houve aumento de 28% nos casos de abandono de tratamento (Secretaria Estadual de Saúde). Os determinantes sociais de saúde estão intrinsecamente ligados à tuberculose e podem exercer forte influência na disseminação da doença. A vulnerabilidade social é observada principalmente nas periferias das cidades que apresentam condições de moradia precárias associadas ao rápido processo de reorganização socioespacial. O perfil dos pacientes é, em geral, de indivíduos com baixa escolaridade, usuários de drogas, desempregados, moradores de áreas de risco e privados de liberdade. Considerando os determinantes sociais ligados à doença caracterizados pela precariedade das condições de vida, aprofundamento das desigualdades sociais, e da segmentação social, associados ao rápido processo de reorganização socioespacial, estes elementos podem exercer forte influência na disseminação da tuberculose (Maciel, 2016). Em consequência desses números significativos alarmantes, mundialmente, uma estratégia foi criada com objetivo global para combater a tuberculose, aprovada na assembleia mundial de saúde do ano de 2014. (PORTAL FIOCRUZ, 2016). Esta estratégia, denominada DOTS (Directly observed treatment short-course), consiste na observação do uso da medicação pelo paciente diariamente em postos de saúde ou clínica da família próximos ao local onde residem, sendo monitorados por uma equipe de técnicos de enfermagem, enfermeiros e agente de saúde. Esta medida tem como objetivo garantir que o paciente conclua o tratamento reduzindo os casos de abandono. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou na Assembleia Mundial de Saúde de 2014 a Estratégia “End TB” com o objetivo de eliminar a doença como problema de saúde pública, que envolve a redução em 90% dos casos de TB, além da redução em 95% dos óbitos por TB até 2035 em relação a 2015, objetivo alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) lançados pelas Nações Unidas em 2015. Para o cumprimento destes objetivos é fundamental a abordagem dos determinantes sociais que viabilizam a disseminação da tuberculose entre as populações vulneráveis (OMS, 2018). Nos serviços de saúde a equipe multidisciplinar exerce um papel de extrema relevância no cuidado ao paciente com tuberculose. O assistente social busca, além de transmitir orientações sobre a tuberculose, garantir o acolhimento do usuário como indivíduo que

possui particularidades, individualidades e direitos sociais. O Serviço Social do ambulatório do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, tem como compromisso enfatizar a missão de referência técnica de âmbito nacional para o controle de tuberculose como referência terciária do Estado do Rio de Janeiro, por meio de assistência e pesquisa clínica. Tem como missão acolher o paciente, interpretando aspectos da questão social, a partir da mediação de direitos e responsabilidades de nível pessoal e institucional, principalmente daqueles pacientes acometidos pela Tuberculose Drogarresistente (TBDR). O atendimento socioassistencial é realizado como um procedimento técnico de escuta voltado para identificação das demandas do usuário a fim de viabilizar intervenções com resolubilidade, e ocorre de modo integrado, complementar e indissociável ao processo coletivo do trabalho, que visa apoiar à recuperação da saúde, promoção e proteção do sujeito incluindo o grupo familiar. Apesar das tentativas de promover um atendimento com qualidade e equidade, pautado na legislação do SUS, muitos pacientes com tuberculose acabam abandonando o tratamento no CRPHF, o que indica que a saúde do indivíduo não se resume apenas à doença. Fatores como ausência de direitos básicos essenciais vinculados à falta de políticas tuberculose (Maciel, 2016). Em consequência desses números significativos e alarmantes, mundialmente, uma estratégia foi criada com objetivo global para combater a tuberculose, aprovada na assembleia mundial de saúde do ano de 2014. (PORTAL FIOCRUZ, 2016). Esta estratégia, denominada DOTS (Directly observed treatment short-course), consiste na observação do uso da medicação pelo paciente diariamente em postos de saúde ou clínica da família próximos ao local onde residem, sendo monitorados por uma equipe de técnicos de enfermagem, enfermeiros e agente de saúde. Esta medida tem como objetivo garantir que o paciente conclua o tratamento reduzindo os casos de abandono. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou na Assembleia Mundial de Saúde de 2014 a Estratégia “End TB” com o objetivo de eliminar a doença como problema de saúde pública, que envolve a redução em 90% dos casos de TB, além da redução em 95% dos óbitos por TB até 2035 em relação a 2015, objetivo alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) lançados pelas Nações Unidas em 2015. Para o cumprimento destes objetivos é fundamental a abordagem dos determinantes sociais que viabilizam a disseminação da tuberculose entre as populações vulneráveis (OMS, 2018). Nos serviços de saúde a equipe multidisciplinar exerce um papel de extrema relevância no cuidado ao paciente com tuberculose. O assistente social busca, além de transmitir orientações sobre a tuberculose, garantir o acolhimento do usuário como indivíduo que possui particularidades, individualidades e direitos sociais. O Serviço Social do ambulatório do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, tem como compromisso enfatizar a missão de referência técnica de âmbito nacional para o controle de tuberculose como referência terciária do Estado do Rio de Janeiro, por meio de assistência e pesquisa clínica. Tem como missão acolher o paciente, interpretando aspectos da questão social, a partir da mediação de direitos e responsabilidades de nível pessoal e institucional, principalmente daqueles pacientes acometidos pela Tuberculose Drogarresistente (TBDR). O atendimento socioassistencial é realizado como um procedimento técnico de escuta voltado para identificação das demandas do usuário a fim de viabilizar intervenções com resolubilidade, e ocorre de modo integrado, complementar e indissociável ao processo coletivo do trabalho, que visa apoiar à recuperação da saúde, promoção e proteção do sujeito incluindo o grupo familiar. Apesar das tentativas de promover um atendimento com qualidade e equidade, pautado na legislação do SUS, muitos pacientes com tuberculose acabam abandonando o tratamento no CRPHF, o que indica que a saúde do indivíduo não se resume apenas à doença. Fatores como ausência de direitos básicos essenciais vinculados à falta de políticas tuberculose (Maciel, 2016). Em consequência desses números significativos e alarmantes, mundialmente, uma estratégia foi criada com objetivo global para combater a tuberculose, aprovada na assembleia mundial de saúde do ano de 2014. (PORTAL FIOCRUZ, 2016). Esta estratégia, denominada DOTS (Directly observed treatment short-course), consiste na observação do uso da medicação pelo paciente diariamente em postos de saúde ou clínica da família próximos ao local onde residem, sendo monitorados por uma equipe de técnicos de enfermagem, enfermeiros e agente de saúde. Esta medida tem como objetivo garantir que o paciente conclua o tratamento reduzindo os casos de abandono. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou na Assembleia Mundial de Saúde de 2014 a Estratégia “End TB” com o objetivo de eliminar a doença como problema de saúde pública, que envolve a redução em 90% dos casos de TB, além da redução em 95%

dos

óbitos por TB até 2035 em relação a 2015, objetivo alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) lançados pelas Nações Unidas em 2015. Para o cumprimento destes objetivos é fundamental a abordagem dos determinantes sociais que viabilizam a disseminação da tuberculose entre as populações vulneráveis (OMS, 2018). Nos serviços de saúde a equipe multidisciplinar exerce um papel de extrema relevância no cuidado ao paciente com tuberculose. O assistente social busca, além de transmitir orientações sobre a tuberculose, garantir o acolhimento do usuário como indivíduo que possui particularidades, individualidades e direitos sociais. O Serviço Social do ambulatório do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, tem como compromisso enfatizar a missão de referência técnica de âmbito nacional para o controle de tuberculose como referência terciária do Estado do Rio de Janeiro, por meio de assistência e pesquisa clínica. Tem como missão acolher o paciente, interpretando aspectos da questão social, a partir da mediação de direitos e responsabilidades de nível pessoal e institucional, principalmente daqueles pacientes acometidos pela Tuberculose Drogarresistente (TBDR). O atendimento socioassistencial é realizado como um procedimento técnico de escuta voltado para identificação das demandas do usuário afim de viabilizar intervenções com resolutividade, e ocorre de modo integrado, complementar e indissociável ao processo coletivo do trabalho, que visa apoiar à recuperação da saúde, promoção e proteção do sujeito incluindo o grupo familiar. Apesar das tentativas de promover um atendimento com qualidade e equidade, pautado na legislação do SUS, muitos pacientes com tuberculose acabam abandonando o tratamento no CRPHF, o que indica que a saúde do indivíduo não se resume apenas à doença. Fatores como ausência de direitos básicos essenciais vinculados à falta de políticas públicas na área da educação, habitação, meio ambiente, transporte e lazer são determinantes que contribuem para a persistência do quadro em que se observa o crescimento da tuberculose em grupos sociais vulneráveis que estão vivendo – sem usufruto dos direitos(Lei 8080,1988).

Hipótese: O abandono no tratamento da tuberculose no Centro de Referência Hélio Fraga parece estar associado principalmente ao fator socioeconômico e cultural do enfermo, que não compreende a realidade e a gravidade da doença.

Metodologia Proposta: Serão realizadas entrevistas com os pacientes em tratamento para Tuberculose no Centro de Referência Professor Hélio Fraga de agosto a dezembro do ano de 2018 visando à avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas sobre Tuberculose, por meio de entrevista, utilizando um questionário elaborado com base no documento CDC ADVOCACY, COMMUNICATION and MOBILIZATION for TB control: a guide to developing, knowledge, attitude and practice surveys. De forma clara e objetiva, a proposta do estudo será esclarecida através do Termo de Livre Consentimento aos entrevistados, que deverão assina-lo para participação da pesquisa em questão.

Critério de Inclusão: Pacientes com Tuberculose atendidos no Centro de Referência Professor Hélio Fraga de agosto a dezembro do ano de 2018.

Critério de Exclusão: Pacientes que já finalizaram o tratamento para Tuberculose atendidos no ambulatório do CRPHF.

Metodologia de Análise de Dados: Será elaborado um banco de dados (EPIDATA) com variáveis coletadas e categorizadas, de acordo com as entrevistas. Será realizada análise exploratória de dado. Frequências de variáveis serão comparados por meio do qui-quadrado e teste t de Student e Mann-Whitney quando indicado. Será explorada a associação entre conhecimentos, atitudes e práticas nos grupos de pacientes de acordo com a situação de abandono ou não do tratamento. Os dados serão analisados no pacote estatístico SPSS22.

Desfecho Primário: Conhecimentos, atitudes e práticas sobre tuberculose Desfecho Secundário: Abandono.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Contribuir com alternativas de abordagem do paciente com tuberculose para a redução do abandono de tratamento dos pacientes com tuberculose no Centro de Referência Professor Hélio Fraga.

Objetivo Secundário:

Descrever conhecimentos atitudes e práticas sobre Tuberculose dos pacientes em tratamento no CRPHF no ano de 2018. Classificar, com base no SITETB, os pacientes

entrevistados, como abandono e não abandono de tratamento no CRPHF após 6/8 meses da entrevista. Descrever as características demográficas, clínicas e socioeconômicas dos pacientes classificados como abandono e não abandono de tratamento no CRPHF em atendimento no ano de 2018. Analisar a associação entre conhecimentos, atitudes e práticas sobre Tuberculose e os pacientes classificados como abandono e não abandono de tratamento no CRPHF. Elaborar uma cartilha de cunho educativo com orientações sobre a doença e o tratamento com base nos resultados do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que o risco relativo à quebra do sigilo da identidade do participante é mínimo pois só ela terá acesso às informações. E que não há outros riscos. Não há benefício para o participante, mas as análises e dados levantados serão utilizados para a produção de um material socioeducativo para trabalhar a adesão ao tratamento para os próximos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta às pendências apontadas no Parecer 2.889.696 de 12 de Setembro de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada nova versão do TCLE (TCLE_novaversao.pdf) contemplando todas as modificações solicitadas.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Por entendermos que o protocolo obedece as normas de condução de pesquisas em seres humanos regulamentadas pelo CNS/MS, indicamos sua aprovação com a previsão de produção de relatórios semestrais (parciais ou final), de acordo com a Res. CNS no. 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1190523.pdf	18/09/2018 10:01:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novaversao.pdf	18/09/2018 10:00:42	MAYUMI DUARTE WAKIMOTO	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	01/08/2018 15:38:02	MAYUMI DUARTE WAKIMOTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Questionario.docx	30/07/2018 14:02:01	MAYUMI DUARTE WAKIMOTO	Aceito

Tipo de Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Brochura Pesquisa	Carta.pdf	30/07/2018 14:01:19	MAYUMI DUARTE WAKIMOTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.doc	30/07/2018 13:58:53	MAYUMI DUARTE WAKIMOTO	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoTB.doc	30/07/2018 13:57:39	MAYUMI DUARTE WAKIMOTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Setembro de 2018

Assinado por:
Léa Ferreira Camillo Coura (Coordenador)

APÊNDICE 1:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NO CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA.

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Karla Salomão Campello de Oliveira Santos

Contato: (21)99086-4506 / (21) 2448-6831

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade), você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assinar duas vias desse documento e rubricar todas as páginas, o mesmo será feito pelo profissional que explicará a pesquisa e você receberá uma das vias assinadas.

1) Natureza e objetivos do estudo

Esta pesquisa tem como finalidade investigar as razões do abandono do tratamento de Tuberculose no Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) dos pacientes em tratamento no ano de 2018.

A tuberculose é uma doença contagiosa, transmitida pelo ar a partir de gotículas eliminadas pela respiração, por espirros e pela tosse por alguém doente. O abandono do tratamento faz com que os microrganismos causadores da tuberculose tornem-se resistentes aos medicamentos, que passam a deixar de surtir o efeito esperado.

2) Procedimentos do estudo

Caso concorde em participar deste estudo, você será convidado a preencher um questionário antes ou depois de sua consulta médica.

O questionário possui perguntas gerais sobre você como: idade, raça/cor, local de residência, número de pessoas na mesma casa, profissão, escolaridade, bem como perguntas sobre conhecimentos, atitudes e práticas sobre tuberculose. Após responder as perguntas, sua participação no estudo estará terminada. Estimamos que a entrevista dure cerca de 30 minutos.

Riscos e Benefícios: Os formulários das entrevistas serão guardados em uma pasta em local resguardado e o manuseio será feito pela pesquisadora com sigilo absoluto dos dados pessoais dos entrevistados. Posteriormente os dados serão digitados em um banco de dados

com senha, sob a responsabilidade da pesquisadora. O risco de sua identidade ser revelado é mínimo, pois apenas o pesquisador terá acesso a informações que revelem sua identidade. Você não terá nenhum benefício direto por participar dessa pesquisa. Sua participação, entretanto, poderá ajudar no maior conhecimento sobre as razões do abandono do tratamento dos pacientes de tuberculose no Centro de Referência Hélio Fraga, o que pode ser útil para outros pacientes nessa situação. As análises e dados surgidos das entrevistas serão utilizadas na produção de um material socioeducativo, com a finalidade de trabalhar a adesão ao tratamento.

3) Participação ou recusa e direito de se retirar do estudo a qualquer momento em caso de constrangimento

Sua participação nessa pesquisa é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar das entrevistas. A sua participação na pesquisa não prejudicará seu tratamento, acompanhamento e assistência nesta Instituição.

Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, por qualquer motivo, e bastando para isso, por exemplo, avisar a pessoa que estiver fazendo a entrevista.

4) Custos

Você não terá nenhum custo por participar desta pesquisa e também não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. A entrevista será realizada no dia da sua consulta médica, portanto você não precisará ter despesas adicionais com transporte ou alimentação.

5) Contatos

Caso você tenha alguma dúvida ou pergunta sobre estudo, quiser deixar de participar ou qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Karla Salomão Campello de Oliveira Santos, através do telefone: (21) 996864506 / (21) 2448-6831. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos enquanto participante deste estudo poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) localizado na Avenida Brasil 4365 Manguinhos, Rio de Janeiro- cep : 21040-360 ,Telefone;(21) 3865-9585 e/ ou CEP da ENSP, coparticipante desse estudo, situado na rua Leopoldo Bulhões 1480 Térreo, Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ/CEP 21041-210 telefax – (21) 25982863 . Esses comitês tem como objetivo protege o bem-estar dos participantes de pesquisa e tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos.

Li a informação que me foi fornecida e concordo livremente em participar deste estudo. Tive oportunidade de discutir sobre as informações dadas com a responsável pelo estudo e foi me dada uma via assinada para guardar.

Fui informado sobre os riscos e que não haverá compensação econômica.

Foi me dado o nome do pesquisador que eu possa contatar diretamente ou por telefone. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo. Sei que posso deixar de participar deste estudo a qualquer momento, sem prejuízo para mim nas consultas e tratamento.

EU, _____ declaro
ter sido esclarecido(a) a respeito deste estudo e aceito participar do mesmo

Assinatura do Participante

Data ____ / ____ / ____

Se o paciente for incapaz de ler esse TCLE, a testemunha deverá preencher os campos
abaixo.

EU (nome por extenso da testemunha),
_____ testemunhei que (nome por extenso do
participante) _____ consentiu em participar dessa pesquisa
após receber esclarecimentos sobre a mesma.

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente ao paciente as informações relevantes deste
estudo e forneci uma via deste Termo assinado e datado

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE 2

ENTREVISTA

1 – Qual a sua idade?

2 – SEXO

- Masculino
- Feminino

3 – ESCOLARIDADE

- Nunca estudou
- Possui apenas alfabetização?
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio completo
- Ensino superior completo

4 – Atualmente encontra-se empregado(a)?

- Sim
- Não

5 – Qual seu vínculo empregatício?

- Emprego Formal
- Emprego Informal

6 – Quando você está com algum problema de saúde, onde costuma se tratar?

- Posto de saúde | Clínica da família
- UPA/emergência hospitalar
- Clínica particular
- Outros

7 – Com que frequência você procura a unidade de saúde? Considere os últimos 5 anos.

- Uma vez ao mês
- A cada dois meses
- A cada três meses
- Duas vezes por ano
- Uma vez por ano
- Menos de uma vez por ano
- Outros

Cite:

8 – Onde você obteve conhecimento pela primeira vez sobre tuberculose?

- Jornal e revista
- Rádio

- TV
- Internet
- Outdoor
- Folders, pôsteres ou outros materiais
- Profissional de saúde
- Vizinhos, amigos
- Líder religioso
- Professores
- Outros

Cite:

9 – Em sua opinião, a tuberculose é uma doença grave?

- Sim, muito grave
- Sim, pouco grave
- Não é grave

10 – Você considera a tuberculose um grave problema de Saúde Pública no país?

- Sim
- Não
- Não sei

11 – Você sabe quais são os sintomas e sinais de uma pessoa que está com tuberculose?

- Erupção cutânea
- Tosse
- Tosse por mais de 3 semanas
- Tossindo sangue
- Dor de cabeça severa
- Náuseas
- Febre
- Febre sem causa clara que dura mais de 7 semanas
- Dor no peito
- Falta de ar
- Cansaço
- Sudorese noturna
- Emagrecimento
- Inapetência
- Não sabe
- Outros

Cite:

12 – Como uma pessoa adquire a tuberculose?

- Através do aperto de mão
- Através do ar quando uma pessoa tosse ou espirra
- Água e alimentos contaminados

- Alimentando-se dos mesmos utensílios
- Em lugares públicos (alça de transporte, maçaneta, etc.)
- Não sei
- Outros

Cite:

13 – Como uma pessoa pode se prevenir da tuberculose?

- Evitando o aperto de mão
- Cobrindo a boca e o nariz
- Evitando compartilhar pratos/utensílios
- Lavando as mãos depois de tocar em objetos de locais públicos
- Fechando as janelas de casa
- Abrindo as janelas da casa
- Tendo boa alimentação
- Rezando
- Não sei
- Outros

Cite:

14 – Em sua opinião quem pode se infectar com tuberculose?

- Qualquer um
- Só pobres
- Pessoas desabrigadas
- Alcoólicos
- Usuários de drogas
- Apenas pessoas com HIV/AIDS
- Pessoas privadas de liberdade
- Outros

Cite:

15 – Você sabe como alguém com tuberculose pode ser curado?

- Chá de ervas
- Repouso sem remédios
- Medicação específica oferecida pelo centro de saúde
- DOTS
- Não sabe
- Outros

Cite:

16 – Quanto tempo de tratamento é necessário para se curar da tuberculose?

- Uma semana
- Um mês
- 6 meses
- 18 meses ou mais
- Não sei

Outros

Cite:

17 - Qual foi a sua reação, quando descobriu que estava com tuberculose?

- Medo
- Surpreso (a)
- Vergonha
- Tristeza ou desesperança
- Outros

Cite:

18 – Você conversou com que pessoa, quando descobriu que se encontrava com tuberculose?

- Médico e trabalhador da saúde
- Cônjuge
- Pai | Mãe
- Outro membro familiar
- Amigo próximo
- Líder religioso
- Ninguém
- Outros

Cite:

19 – Em que momento que você foi ao centro de saúde, após perceber que estava com sintomas?

- Quando não consegui trabalhar
- Após 3 – 4 semanas com os sintomas de tuberculose (tosse)
- Assim que percebi que meus sintomas estavam similares a uma pessoa que tinha tuberculose
- Outros

Cite:

20 – Caso você tenha demorado a procurar um centro de saúde, qual foi o motivo?

- Não tinha clareza para onde ir
- Custo
- Dificuldades com transporte | Centro de saúde distante
- Não confia nos trabalhadores de saúde
- Impossibilidade de afastar-se do trabalho
- Medo de descobrir a verdade
- Outros – Cite:

21 – Você conhece pessoas que já tiveram tuberculose?

- Sim
- Não

22 – Em sua comunidade, como uma pessoa com tuberculose é tratada / aceita?

- A maioria das pessoas rejeita
- A maioria é amigável, mas evita contato
- A comunidade geralmente ajuda
- Outros

Cite:

23 – Você considera que foi bem orientado (a) pela equipe de saúde sobre a tuberculose?

- Sim
- Não
- Não sei

24 – Você gostaria de obter maiores informações sobre tuberculose?

- Sim
- Não

25 – Quais as melhores fontes para obter informações com clareza sobre tuberculose?

- Jornais e revistas
- Rádio
- TV
- Internet
- Outdoors
- Cartazes, folders, pôsteres e outros materiais impressos
- Trabalhadores da saúde
- Farmácia
- Amigos, vizinhos, colegas
- Líder religioso
- Professores
- Outros

Explique:

26– Qual é a sua maior preocupação em relação à tuberculose?

27– Em algum momento você abandonou o tratamento?

- Sim
- Não

28 – Caso a resposta seja positiva, por quê?

- Falta de conhecimento sobre os sintomas da tuberculose

- Falta de conhecimento sobre a gravidade da tuberculose
- Estigma relacionado com o diagnóstico de tuberculose
- Preferência em fazer a medicação em casa
- Falta de recursos para transporte
- Necessidade de não ausentar-se do trabalho
- Problemas com a equipe de saúde
- Reside distante do posto de saúde
- Comunicação ruim entre os profissionais de saúde e paciente
- Situação familiar de vulnerabilidade socioeconômico-cultural
- Falta de apoio familiar
- Melhora dos sintomas/ acha que está curado
- Usuário de drogas e/ ou alcoolismo
- Problemas em relação às medicações.

Quais?

- Outros

Cite:

APÊNDICE 3:

PLANEJAMENTO DE ABORDAGEM DO SOFTWARE

1. **Planejamento da abordagem do software:** Os pacientes do presente estudo têm algumas características em comum, as quais serão usadas como forma de auxílio para o desenvolvimento deste software que são:
2. **Meio de comunicação:** Fonte primária de comunicação entre usuário e equipe da saúde para abordagem do software: Sala de espera.
3. **Usuário:** O usuário do Software, precisará de treinamento, será explicado e compartilhado pelo Serviço Social nas reuniões na sala de espera do ambulatório do CRPHF.
4. **Objetivo de Comunicação:** O objetivo do software é tirar as principais dúvidas do paciente, além de auxiliá-lo a não parar o tratamento e para lembrá-lo de tomar os remédios assiduamente.

5. Estratégias que serão adotadas para serem cumpridas a programação do software:

Todos os pacientes que chegarem ao ambulatório do CRPHF terão em seu prontuário o registro de que o assistente social fez o treinamento com o aplicativo no celular com o paciente.

Para os pacientes que não possuem celular, será usado o celular do acompanhante.

Todas as vezes que o paciente tiver retorno, será lembrado como funciona o software, caso necessário.

6. Planejamento de mídia:

Serão veiculadas propagandas do aplicativo relacionado ao tratamento do paciente com Tuberculose por uma mídia social (APÊNDICE 2).

Para o público em geral – quanto maior o veículo informativo, mais pessoas serão alcançadas.

Objetivo: Informar sobre o aplicativo; facilitar o acesso do paciente ao aplicativo; divulgação de assuntos pontuais ligados aos resultados da pesquisa.

Principais dúvidas dos pacientes com tuberculose, segundo os dados do presente estudo:

a) Qual é a forma de transmissão da Tuberculose?

A Tuberculose é causada por um microrganismo chamado *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). Essa doença é contagiosa, e adquirida quando uma pessoa aspira/inala/respira o, gotículas de saliva pela fala, tosse ou espirro de uma pessoa que tem a doença, mas, não é transmitido por aperto de mão, abraço e andar no mesmo local.

b) Quando eu sei que estou com Tuberculose?

Tem há mais de 3 semanas tosse, tosse com secreção espessa podendo ter sangue, cansaço exagerado, falta de ar, febre baixa – comum na parte da tarde, suor noturno, perda de apetite, e perda de peso.

c) Quando eu sei que estou curado da Tuberculose?

Às vezes os sintomas melhoram após tomar os medicamentos, mas isso não quer dizer que você está curado. Só o médico com exames poderá te dizer que está curado. Não pare o medicamento sem orientação médica.

d) O que acontece se eu parar de tomar os medicamentos só porque os sintomas melhoraram?

No começo você vai se sentir normal, mas, quando o remédio realmente parar de fazer efeito, a doença tuberculose vai vir com mais forças, e então o tratamento vai demorar bem mais do que antes, e os remédios terão que ser mais fortes do que já eram antes.

e) Por quanto tempo pode demorar o tratamento?

O tratamento vai depender dos remédios com a ajuda de seu próprio organismo para combater a doença. Isso pode demorar de 6 a 18 meses. E dependendo do caso, pode ser ainda maior.

f) A Tuberculose tem cura?

Sim, a tuberculose tem cura, mas isso vai depender de você seguir corretamente o tratamento que o médico lhe passou.

g) Eu tenho que ficar sozinho e escondido de todo mundo até a doença passar?

No início da doença é indicado o paciente ter os devidos cuidados, orientado pelo médico, mas somente no início da doença, porque é uma fase que o paciente libera muitos microrganismos quando fala, tosse e espirra. Desta forma transmite para as outras pessoas, principalmente crianças, idosos, e pessoas imunodeprimidas. Mas assim que o tratamento começa a fazer efeito, o paciente para de liberar microrganismos da tuberculose, e volta a poder entrar em contato com as pessoas normalmente.

h) Quem pode me dar orientações sobre a minha doença? A internet é um bom local para eu acabar com as minhas dúvidas?

O melhor lugar para você acabar com todas as suas dúvidas é procurar uma unidade de saúde mais perto da sua casa, e falar com um profissional da saúde, ele sim vai poder esclarecer todas as suas dúvidas.

APÊNDICE 4:

CONTEÚDO PROPOSTO PARA SER TRABALHADO NO APLICATIVO E PARA VEICULAÇÃO NAS MÍDIAS SOCIAIS (WHATSAPP)

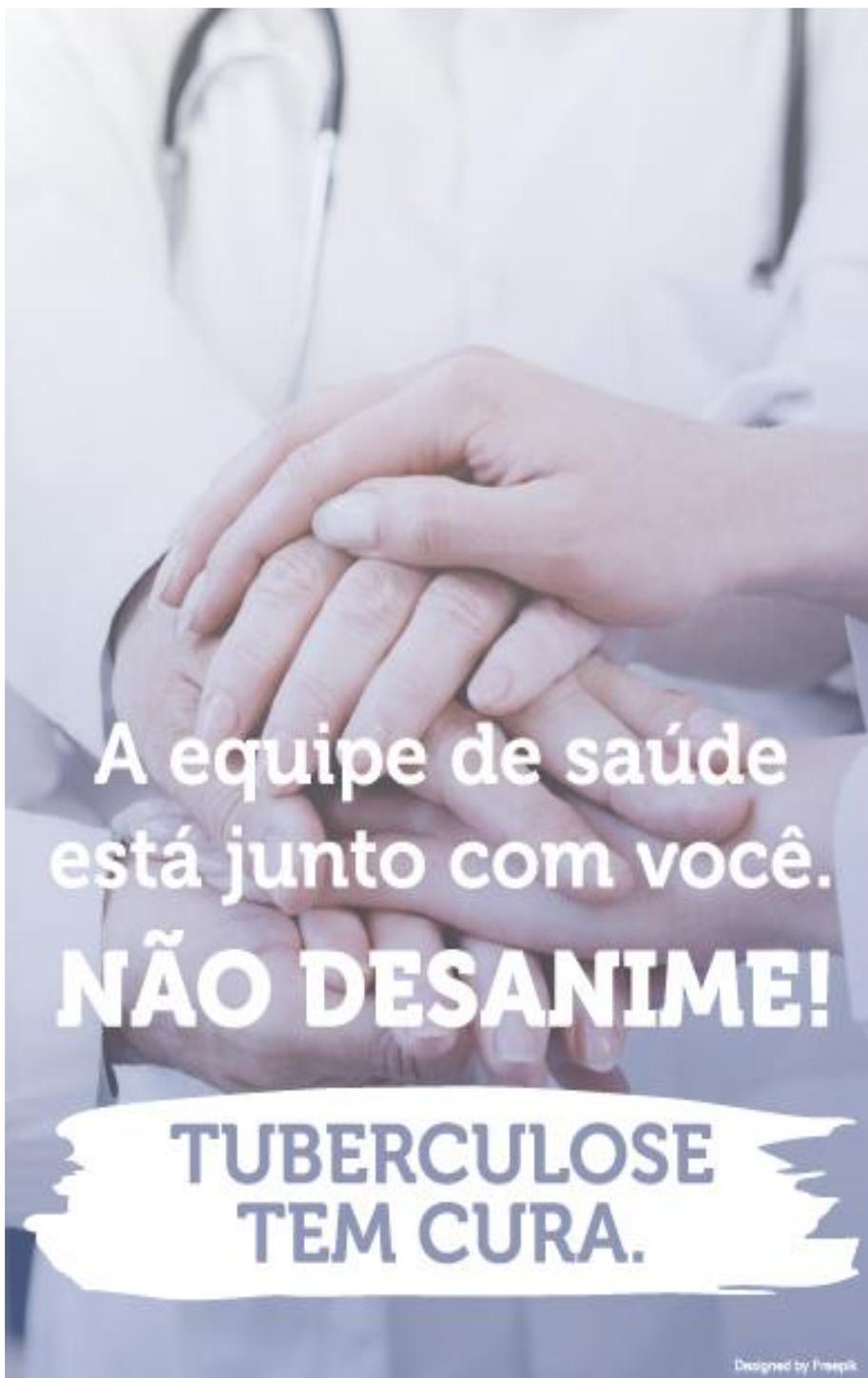


Figura 1

Imagem/fonte: https://br.freepik.com/fotos-premium/equipe-de-servico-medico-medico-cirurgiao-e-enfermeira-juntam-as-maos_2682402.htm Texto: autora/acesso em: 18 de

Novembro de 2019



Figura 2

Imagem/fonte: https://www.google.com/search?q=tuberculose&tbm=isch&ved=2ahUKEwiYyK KyojpAhU3ALkGHbveCdgQ2cCegQIABAA&oq=tuberculose&gs_lcp=CgNpbWcQAziECCMQJzIECCMQJzICCAAyAggAMgIIADICCAyAggAMgIIADICCAyAggAOgQIABAYUOCpAljB1QJg3dsCaAFwAHgAgAGIAogB2SKSAQQyLTE5mAEAoAEBqgELZ3dzLXdpei1pbWc&sclient=img&ei Texto: autora/acesso em: 18 de Novembro de 2019.



Figura 3

Imagem/fonte: <https://summitsaude.estadao.com.br/por-que-a-tuberculose-atinge-mais-a-populacao-masculina/> <https://perspectivesoftroy.com/michigan/metro-detroit/oakland-county/>

Texto: Autora/acesso em: 18 de Novembro de 2019.



Figura 4

Imagem/fonte: [https://www.google.com/search?q=tuberculose&tbm=isch&ved=feliz2ahUKewiYyKky-ojpAhU3ALkGHbveCdqQcCegQIABAA&og=tuberculose&gs_lcpcura-
imagem](https://www.google.com/search?q=tuberculose&tbm=isch&ved=feliz2ahUKewiYyKky-ojpAhU3ALkGHbveCdqQcCegQIABAA&og=tuberculose&gs_lcpcura-
imagem) Texto: Autora/acesso em: 18 de Novembro de 2019.



Figura 5

Imagem/fonte:<http://www.guararema.sp.gov.br/35/secretarias/sade/noticias/3302/idades+de+sade+orientam+sobre+tuberculose/>
<https://www.hojemais.com.br/aracatuba/noticia/cotidiano/saude-intensifica-busca-de-casos-de-tuberculose-em-guararapes#gallery>

Texto:Autora/ acesso em:18 de Novembro de 2019.

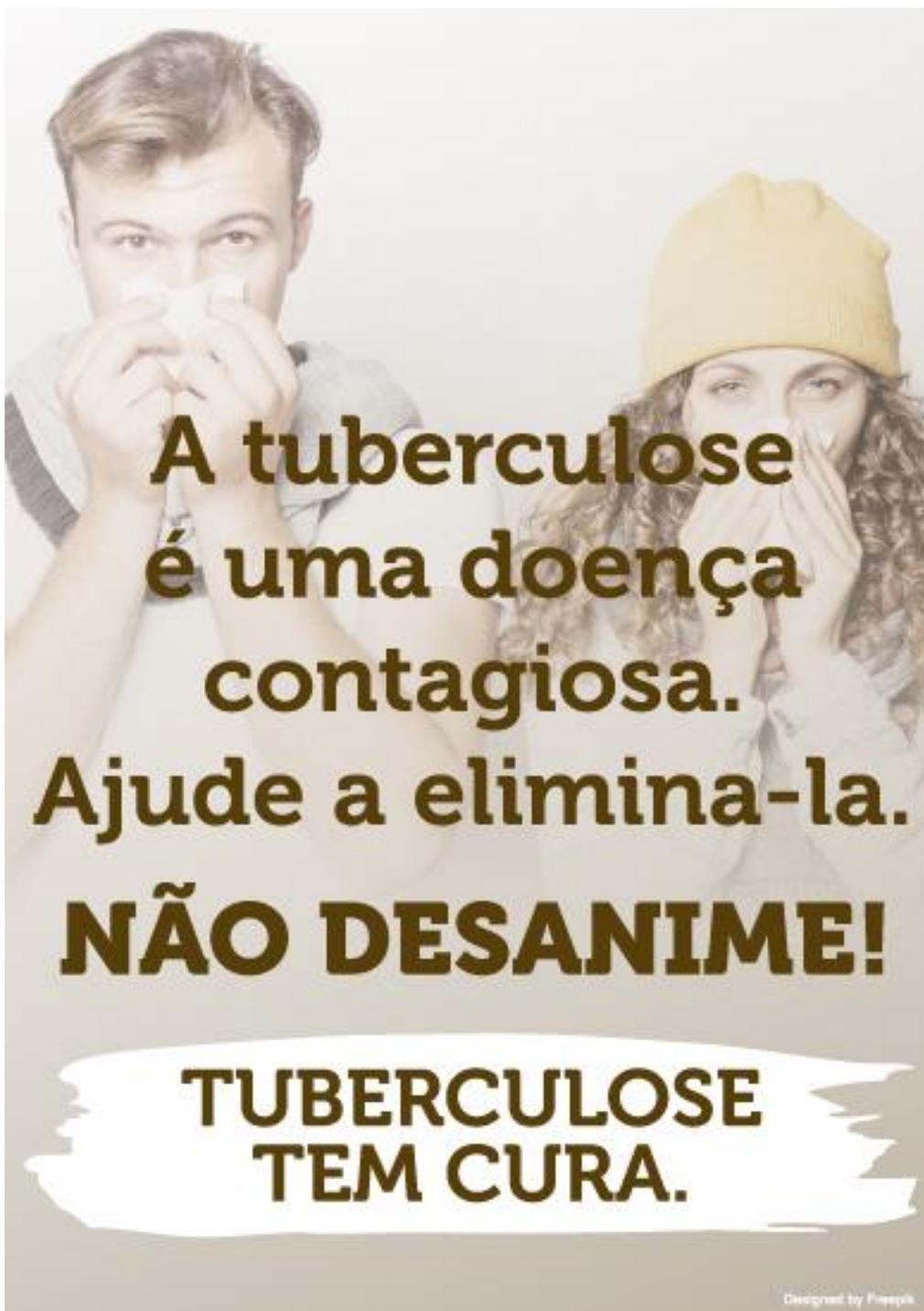


Figura 6

Imagem/fonte: https://www.google.com/search/imgem?q=tuberculose&tbm=isch&ved=2ahUKEwiYyKKyojpAhU3ALkGHbveCdgQcCegQIABAA&oq=tuberculose&gs_lcp=CgNpbWcQAzIECCMQJzIECCMQJzICCAAyAggAMgIIADICCAyAggAMgIIADICCAyAggAOgQIABAYUOCpAljB1QJg3dsCaAFwAHgAgAGIAogB2SKSAQqyLTE5mAEAoAEBqgELZ3dzLXdpei1pbWc&sclient=img&ei=2v6mXpjzOreA5OUPu72nwa0&bih=625&biw=1366&rlz=1C1EQUG_enBR631BR631

Texto: Autora/acesso em: 18 de Novembro de 2019

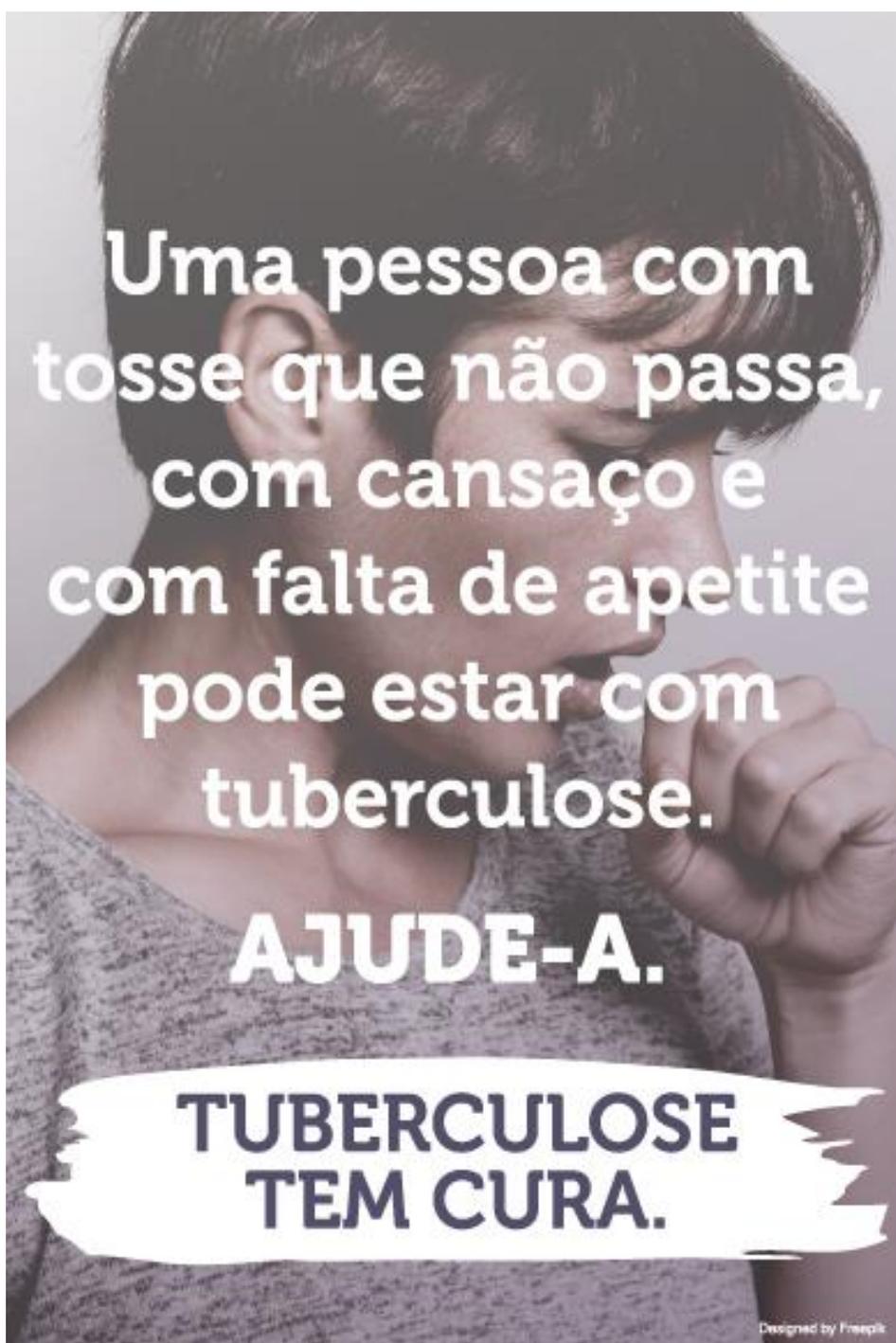


Figura 7

Imagem/fonte: <http://www.folharegionalwebtv.com/sa%C3%BAde/tuberculose-diagn%C3%B3stico-precoce-e-tratamento-adequado-s%C3%A3o-fundamentais-para-a-cura-da-doen%C3%A7a-1.2130602> Texto: Autora/acesso em: 18 de Novembro de 2019.

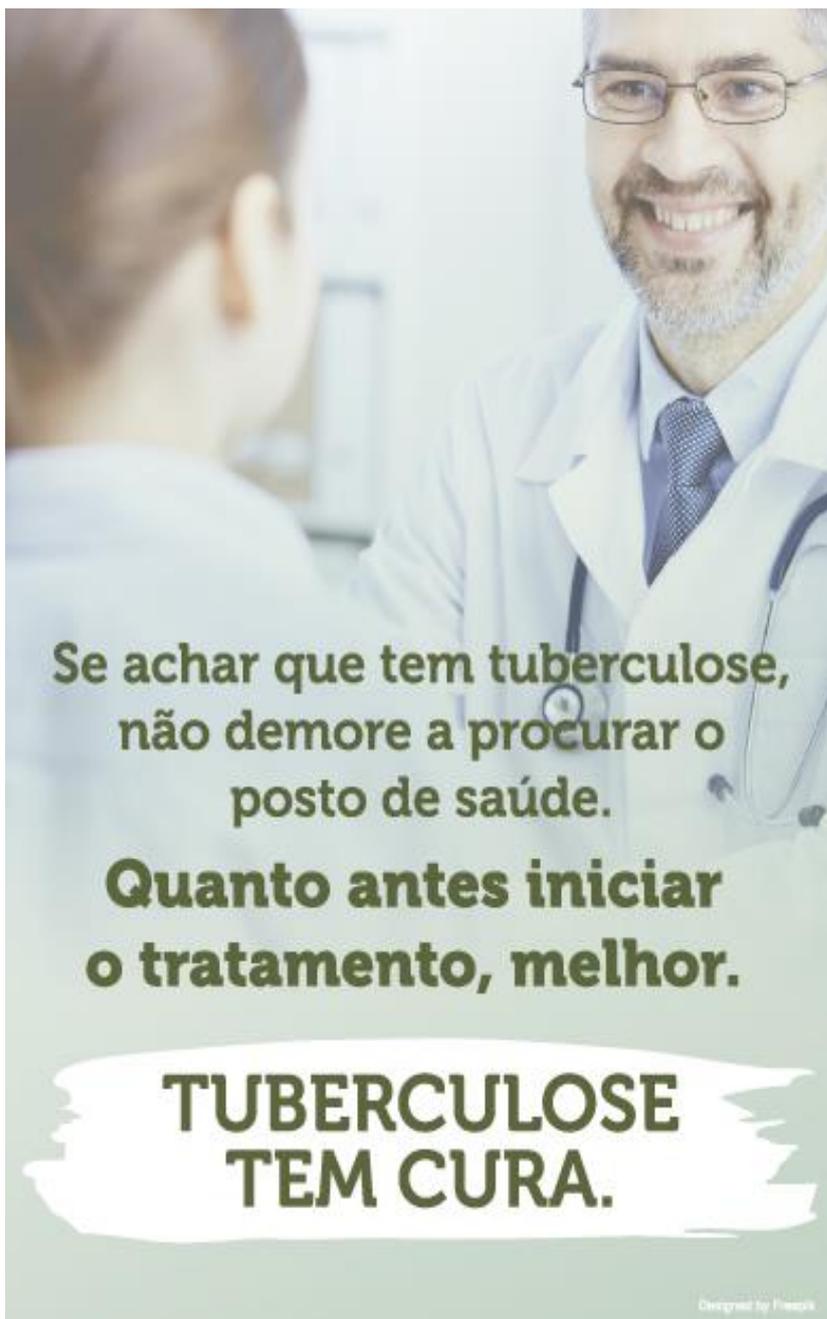


Figura 8

Imagem/fonte: https://www.google.com/search?q=tuberculose+clinica+medica&tbnisch&ved=2ahUKEwjroZvgIYnpAhWJK7kGHeHXBLMQ2cCegQIABAA&oq=tuberculose+clinica+medica&gs_lcp=CgNpbWcQDDoECCMQJzoCCAA6BggAEAgQHjoECAAQHjoECAAQGFD5VVjYfmCFkgFoAHAAeACAAeMCiAHjLpIBBjltMjEuM5gBAKABAaoBC2d3cy13aXotaW1n&sclient=img&ei=ixunXquwBlX5OUP4aTmAs&bih=625&biw=1366&rlz=1C1EQUG_enBR631BR631#imgrc=5eCfN9Nqsl8YMM.

Texto: Autora/acesso em: 18 de Novembro de 2019.