



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

JOSÉ BENTO DOS SANTOS

**PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO
TERAPÊUTICO DA TUBERCULOSE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.**

LAGARTO/SE

2023

JOSÉ BENTO DOS SANTOS

**PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO
TERAPÊUTICO DA TUBERCULOSE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao departamento de medicina
de lagarto para obtenção do título de
bacharel em medicina.

Orientadora: Dra Luciana Guimarães

LAGARTO/SE

2023

DEDICATÓRIA

A minha mãe, esposa e irmãos pelo amor incondicional, paciência e suporte ao longo da caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, criador, redentor e mantenedor que apesar de minhas faltas e medos me permitiu ir além do que eu jamais seria capaz.

À Lucimeire por ter sido mãe e pai, pelo exemplo de força, amor e humildade. Pois sempre fez o possível e o impossível para garantir que a educação fosse a base de nossas conquistas.

À minha esposa Ana Maria por dividir os momentos bons e maus da vida, os obstáculos e os louros. Por ter acreditado no sonho e me acompanhado por todo o tempo.

Aos meus irmãos Soraya, Breno e Miguel pela paciência, pelas orações e por tudo o que fizeram pra me tornar quem sou hoje.

Aos amigos que se somaram ao longo do caminho e tornaram a caminhada possível.

Por último agradeço a cada paciente que direta ou indiretamente colaborou com minha formação profissional e humana.

“ Pois eu sei que meu Redentor vive e por fim se levantará sobre a terra.”
(JÓ 19:25)

RESUMO

Introdução: A tuberculose é uma das principais doenças infectocontagiosas com alta prevalência e grande impacto em morbimortalidade, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Apesar de existir tratamento eficaz a taxa de abandono terapêutico em nosso país (12%) encontra-se muito acima do aceitável pela Organização Mundial de Saúde (5%), neste contexto, a atenção primária é ferramenta de grande importância para identificar quais os fatores envolvidos no abandono e alcançar esses pacientes com estratégias individualizadas. **Objetivo:** Identificar na literatura recente os principais fatores implicados no abandono do tratamento da tuberculose no âmbito da atenção básica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, pesquisa descritiva, abordagem qualitativa e método dedutivo realizada a partir das bases de dados eletrônicas: Scopus, Web of Science, Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Bireme), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico usando os descritores e seus correspondentes em inglês “atenção primária/primary health care”, “tuberculose/tuberculosis” e “adesão à medicação/medication adherence”, com os operadores booleanos “e/AND”. Para selecionar a amostra final os artigos resultantes foram submetidos aos critérios de inclusão: Texto disponível de forma integral e gratuita em inglês, espanhol ou português. Foram excluídos aqueles que não abordaram o tema proposto, artigos duplicados, trabalhos de reflexão, revisão, relato de casos e manuais. **Resultados:** A busca inicial retornou 279 artigos divididos da seguinte forma Scielo(4), Bireme(20), Lilacs(7), Scopus (95), Web of Science (53) e Google acadêmico (100), após a leitura na íntegra e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 22 trabalhos para compor a amostra deste estudo. Os principais fatores associados com o abandono terapêutico foram: sexo masculino, indivíduo jovem, não brancos, baixa escolaridade, baixa renda, indivíduo em situação de rua, abuso de álcool, tabagismo, consumo de drogas ilícitas, presença de comorbidades, tempo prolongado de tratamento, reações adversas aos medicamentos, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falha no sistema de referência e contrarreferência, déficit de recursos humanos nas unidades de saúde. Por outro lado, o apoio familiar, uma boa relação médico-paciente e indivíduos bem informados sobre sua doença e o tratamento foram associados a uma maior taxa de conclusão do tratamento. **Conclusão:** O abandono terapêutico possui uma natureza multifatorial, portanto, é necessário que os profissionais da atenção básica tenham uma visão abrangente na assistência de pacientes com tuberculose.

Palavras-chave: atenção primária, tuberculose, adesão à medicação.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is one of the main infectious and contagious diseases with high prevalence and great impact on morbidity and mortality, mainly in developing countries like Brazil. Despite the existence of effective treatment, the rate of therapeutic abandonment in our country (12%) is far above what is acceptable by the World Health Organization (5%), in this context, primary care is a very important tool to identify which factors involved in dropout and reach these patients with individualized strategies. **Objective:** To identify in recent literature the main factors involved in abandoning tuberculosis treatment in primary care. **Methods:** This is an integrative literature review, descriptive research, qualitative approach and deductive method carried out from the electronic databases: Scopus, Web of Science, Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (BIREME), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar using the descriptors and their correspondents in English “attention primary/primary health care”, “tuberculosis/tuberculosis” and “compliance to medication/medication adherence”, with the Boolean operators “e/AND”. **Results:** The initial search returned 279 articles divided as follows Scielo(4), Bireme(20), Lilacs(7), Scopus (95), Web of Science (53) and Google Scholar (100), after reading in full and applying of the inclusion and exclusion criteria, 22 works were selected to compose the sample of this study. The main factors associated with therapeutic abandonment were: male gender, young individual, non-white, low education, low income, homeless individual, alcohol abuse, smoking, consumption of illicit drugs, presence of comorbidities, prolonged treatment time , adverse drug reactions, difficult access to health services, failure in the referral and counter-referral system, deficit of human resources in health units. On the other hand, family support, a good doctor-patient relationship, and individuals who were well informed about their disease and treatment were associated with a higher rate of treatment completion. **Conclusions:** Therapeutic abandonment has a multifactorial nature, therefore, it is necessary for primary care professionals to have a comprehensive view in the care of patients with tuberculosis.

Keywords: primary health care, tuberculosis, medication adherence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Etapas para realização de revisão bibliográfica integrativa. FONTE: Adaptado de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

.....16

Figura 2 - Fluxograma seguido para seleção da amostra. FONTE: Elaborado pelo autor do estudo (2022).

.....18

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão. FONTE: Elaborado pelo autor do estudo (2023).
.....17

Quadro 2 - Principais informações dos artigos selecionados. FONTE: elaborado pelo autor do estudo (2023).
.....19

Quadro 3 - Fatores associados ao abandono terapêutico da tuberculose. FONTE: Elaborado pelo autor do estudo (2023).
.....23

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

APS - Atenção Primária de Saúde

BK - Bacilo de Koch

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

HIV - Human Immunodeficiency Virus

ILTBT - Infecção Latente pela Tuberculose

MESH - Medical Subject Headings

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

RH - Esquema de tratamento para Tuberculose: Rifampicina(R) e Hidrazida do ácido isonicotínico(H). Rifampicina e isoniazida, respectivamente.

RHZE - Esquema de tratamento para tuberculose: Rifampicina(R), Hidrazida do ácido isonicotínico(H), Zinamida(Z) e Etambutol(E). Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, respectivamente.

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TDO - Tratamento Diretamente Observado

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. TUBERCULOSE.....	11
2.2. ABANDONO TERAPÊUTICO NA TUBERCULOSE.....	13
2.3. ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	14
3. OBJETIVO	15
4. JUSTIFICATIVA	15
5. METODOLOGIA	16
5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	16
5.2. SOBRE A BUSCA NA BASE DE DADOS.....	16
5.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	17
6. RESULTADOS	17
7. DISCUSSÃO	23
8. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Segundo os dados de 2020 da OMS a incidência da tuberculose no mundo foi de 9,9 milhões de casos e apesar da diminuição quando em comparação com 2019 (0,89%) foi a 13ª principal causa de morte e a segunda causa infecciosa por organismo único, atrás apenas do COVID-19. A faixa epidemiológica mais acometida foi de homens adultos: 56% dos casos frente a mulheres com 33% e as crianças que representaram 11%. Ainda de acordo com a OMS, ocorreram cerca de 1,2 milhões de mortes pela doença apenas em 2020 (CHRISTOF, 2020).

No Brasil em 2021 houve 82,680 notificações de tuberculose pulmonar. Os anos de 2020-2021 contaram com redução relevante do número de casos frente aos anos anteriores, esse dado pode ser explicado pela pandemia de COVID-19 que por vários fatores pode ter levado a diminuição das notificações. Seguindo a tendência a nível mundial a faixa etária mais acometida também foi a de homens adultos (70%) (BRASIL, 2022).

Quanto aos desfechos da TB no Brasil no ano de 2021, apenas 68% dos casos confirmados foram encerrados como curados, 13% abandonaram o tratamento e 12% tiveram o encerramento ignorado. A taxa de abandono encontra-se muito acima do valor aceitável pela OMS que é de 5% (BRASIL, 2022).

O abandono terapêutico é muito prejudicial uma vez que os indivíduos que não realizam o tratamento de forma adequada são considerados não curados e podem continuar transmitindo os bacilos de Koch, além de aumentar a mortalidade pela doença. Outra consequência nefasta é a tuberculose drogaresistente que oferece riscos pro indivíduo, aumenta os gastos com o tratamento e pode comprometer os avanços globais alcançados no combate a Tb nas últimas décadas (SÁ *et al*; 2017).

Para além do impacto em morbi-mortalidade a tuberculose é chamada de doença negligenciada por acometer populações vulneráveis como privados de liberdade, portadores de HIV, moradores de rua, indivíduos com situações insalubres de trabalho e moradia, além de ter uma destinação de esforços e recursos aquém da necessidade. Graças a estes fatores leva a perpetuação da pobreza aumentando os gastos com saúde das famílias e reduzindo a produtividade dos portadores. Segundo Arruda, 2014, um caso de TB pode comprometer até 48% da renda familiar mensal (GUSSO e LOPES, 2019).

Com tamanhas consequências principalmente para países em desenvolvimento a OMS em 2014 disponibilizou a “estratégia pelo fim da tuberculose” que possui objetivos ambiciosos de diminuir em 90% a incidência e 95% do número de mortes por TB até 2035 e é baseada em três fundamentos: a prevenção e cuidado integrado e centrados na pessoa;

políticas arrojadas e sistemas de apoio e a intensificação da pesquisa e inovação (WHO, 2014).

Considerando os pilares da estratégia proposta pela OMS e o arcabouço organizacional do sistema único de saúde, o ministério da saúde lançou o “Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública – Brasil Livre da Tuberculose” (2017) e o “Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil” (2019). Este último coloca a atenção primária em posição de destaque ao incumbi-la de gerenciar a rede de atenção ao paciente com tuberculose, permeando todas as etapas essenciais à assistência (busca ativa, diagnóstico, classificação, tratamento, acompanhamento e encaminhamento dos casos necessários) (BRASIL, 2019).

Baseado em suas diretrizes a atenção básica deve prover assistência universal e equânime, garantindo fácil acesso e cuidado longitudinal, requisitos para o processo de criação de vínculo do paciente com o serviço. A criação desses laços e a corresponsabilização são indispensáveis no acompanhamento a longo prazo e cura dos portadores de tuberculose (BRASIL, 2017).

Diante do exposto surge a seguinte pergunta: *Quais os principais motivos implicadas no abandono do tratamento da tuberculose enfrentado pelo profissional da atenção básica?*

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa de caráter crônico causada por bactérias da família mycobacterium, principalmente a *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado de bacilo de Koch(BK). Seu contágio ocorre por aerossóis, micropartículas suspensas no ar ou em objetos, através das vias aéreas superiores (VERONESI e FOCACCIA, 2015).

Em teoria a TB pode acometer qualquer tecido humano, no entanto está principalmente representada pela TB pulmonar. Isso se deve a forma de contágio e o fato do bacilo ter tropismo por tecidos ricos em oxigênio. Os bacilos só podem ser eliminados através da tosse, espirro ou fala do doente, logo, somente os casos de tuberculose pulmonar ou laríngea são considerados transmissíveis (VERONESI e FOCACCIA, 2015).

Após o contágio a maioria (aproximadamente 90%) dos indivíduos contém o agente agressor impedindo a sua replicação, os bacilos então se concentram em pequenos focos onde não se replicam e não causam doença, chamada de infecção latente (ILTb). Dos contactantes

5% não conseguem conter a replicação e evoluem diretamente para TB. Outros 5% até passam pelo estágio de ILTB, mas após alguns anos os bacilos vencem as barreiras do sistema imune se replicam e o paciente se torna doente (GUSSO e LOPES, 2019).

Os complexos fatores que determinam a evolução natural da doença podem ser analisados a partir do agente como a virulência da cepa, e a resposta imune do hospedeiro. Outro fator de igual importância é o ambiental, já que o tempo de exposição, a proximidade com o caso índice e até o grau de iluminação determinam maior chance de contágio. Outro fato relevante é que a infecção pelo bacilo de Koch não confere imunidade permanente, portanto, reinfecções não são apenas possíveis como frequentes (GUSSO e LOPES, 2019).

O quadro clínico da doença é variado e sua apresentação depende do estado imunológico do portador. Em jovens o quadro típico é composto por tosse que pode ser produtiva ou não por mais de três semanas e pode vir acompanhada por febre vespertina, sudorese noturna, inapetência e perda de peso. Quanto mais imunossuprimido o portador, menos típicos são os sintomas presentes (VERONESI e FOCACCIA, 2015).

O diagnóstico é eminentemente clínico e pode ser corroborado com exames de imagem e análise laboratorial. No contexto da APS deve ser feito a partir da suspeita: sintomáticos respiratórios (indivíduos com tosse a mais de 3 semanas associada ou não a outros comemorativos) e confirmada pela baciloscopia em amostras de escarro, inicialmente duas, uma coletada no dia da suspeita e outra no dia seguinte. Caso a suspeita clínica perdure após baciloscopia negativa podemos solicitar novas, bem como alçar mão da cultura de escarro. Outra opção disponibilizada pelo MS para o diagnóstico é o teste rápido molecular, baseado na reação de cadeia de polimerase, ele identifica a presença do DNA do bacilo. A radiografia e a tomografia de tórax também podem sugerir a TB pulmonar (BRASIL, 2019).

Apesar de todo o impacto para o indivíduo e sociedade, a TB é curável na quase totalidade dos casos desde que o tratamento seja realizado de forma adequada. Para tal o ministério da saúde preconiza como esquema poliquimioterápico básico: a rifampicina(R), isoniazida(H), pirazinamida(Z) e o etambutol(E). Esses fármacos devem ser tomados diariamente em duas fases distintas: a fase de ataque que dura 2 meses onde se utilizam os quatro fármacos (2RHZE) e a fase de manutenção que perdura por mais quatro meses utilizando apenas dois dos quatro medicamentos (4RH). Após quinze dias do início do tratamento, o hospedeiro deixa de ser bacilífero e não transmite mais a doença (BRASIL, 2019).

Para garantir as chances de adesão a este esquema terapêutico normalmente longo utilizamos algumas estratégias: Vinculação, tratamento diretamente observado e a proteção

social. Durante o seguimento desses pacientes deve-se solicitar uma baciloscopia mensal durante os 6 meses para acompanhar a evolução e sucesso do tratamento.

O tratamento diretamente observado (TDO) é a principal ferramenta, indicada pelas organizações responsáveis desde 1994, no acompanhamento dos pacientes com TB. É realizado por profissional de saúde, geralmente da atenção primária, que vai a casa do doente preferencialmente em dias úteis para assistir a tomada da medicação, devem ocorrer no mínimo 03 vezes por semana. Para ser considerado efetivo é preconizado um mínimo de 24 doses durante a fase ataque e 48 na fase de manutenção.

2.2 ABANDONO TERAPÊUTICO NA TUBERCULOSE

Nos casos de TDO, o abandono terapêutico é definido pela falta de tratamento por 30 dias consecutivos após a última dose. Se o paciente não estiver realizando o tratamento de forma observada é considerado abandono quando houver mais de 30 dias desde a última visita à unidade de saúde da família (BRASIL, 2019).

Segundo a OMS, 2015, taxas de abandono maiores que 5% estão associadas a piores desfechos e é utilizado como medidor da efetividade das ações de controle da tuberculose em um país. Os dados apresentados pelo MS mostram que os números do Brasil se mantiveram estáveis em aproximadamente 11% até o ano de 2015, havendo uma piora do marcador no ano de 2021 que mostra um aumento para 13% e traz preocupação sobre o assunto (WHO, 2019; BRASIL, 2021).

Suas consequências podem ser divididas em individuais e coletivas. Para o paciente há risco de maior mortalidade, sequelas respiratórias e maior índice de TB extra-pulmonar. Os riscos para a sociedade estão implicados na chance de desenvolvimento de bacilos resistentes aos antibióticos atuais, aumento dos custos para o sistema de saúde, além da persistência do foco de transmissão entre os contatos próximos (NAVARRO *et al*, 2021).

Em estudo transversal realizado na cidade de Rondonópolis Santos et al, 2021, determinou alguns fatores sociodemográficos associados com a falha terapêutica. Na amostra estudada os pacientes que tiveram maior risco de abandono foram homens(62%), faixa etária 15-59 anos (94%), que estudaram somente até o ensino fundamental (24%) e raça parda (54%). Estes dados concorrem para o fato de que os indivíduos em maior risco são aqueles que estão em condições socioeconômicas de vulnerabilidade (GUSSO e LOPES, 2019).

Além do TDO outras medidas devem ser utilizadas para garantir o sucesso da cura. O paciente deve ser informado das etapas do tratamento, da importância de seguir as recomendações adequadamente e dos riscos envolvidos. Outras estratégias são a formulação

de plano terapêutico singular (PTS) e a formação de grupos de apoio para a discussão das dificuldades e das soluções encontradas (BRASIL, 2021).

É importante citar também a intervenção em determinantes sociais, que deve ser realizada pela orientação e garantia do acesso aos programas governamentais de assistência. Para tanto é essencial a participação de profissionais dos serviços de assistência social local no planejamento do cuidado a esses pacientes (BRASIL, 2021).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA

No Brasil os termos atenção primária e atenção básica são utilizados de forma intercambiável, apesar de não serem exatamente iguais. Trata-se de um conceito de difícil definição por suas características: propostas abrangentes, acesso universal e grande extensão territorial. No entanto, várias foram as tentativas de delimitar o que é a atenção primária; uma das mais difundidas é a definição de Scheffler (1978): “APS é definida como cuidado acessível, coordenado, abrangente e contínuo realizado por profissionais comprometidos” (SCHEFFLER, 1978).

Historicamente no Brasil o termo mais utilizado é atenção básica, pois, no início da implantação da estratégia acreditava-se que o termo primária sofreria rejeição pela conotação "pejorativa" da palavra, apesar de em muitos países desenvolvidos utilizar-se o termo primária. A política nacional de atenção básica a define como: Um conjunto de ações em saúde que envolve promoção, prevenção, proteção e tratamento que pode ser voltada para o indivíduo, famílias ou coletivos. Deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais visando o cuidado integrado (GUSSO e LOPES, 2019; BRASIL, 2017).

Ainda sobre a atenção primária é dito que deve servir de porta de entrada para o usuário, coordenar o cuidado e deve ser ofertada gratuitamente. Neste contexto o usuário é visto em sua singularidade e não pode ser dissociado de sua esfera sociocultural, o cuidado então é prestado de forma integrada, universal, equânime e direcionado às necessidades locais e do paciente (BRASIL, 2017).

Apesar dos avanços para disseminar o modelo da atenção primária em todo o território nacional há muitos obstáculos a serem ultrapassados. Giovanella et al, 2012, cita como possíveis limitações da atenção básica no Brasil: a falta de integração entre os diferentes serviços dentro da rede, as longas filas de espera por serviços que concorrem para a perda de credibilidade com o usuário e a pontualidade de estratégias do ministério da saúde que visa agravos específicos e não o cuidado integral.

Soma-se a estes problemas o recente desmonte do sistema único de saúde através de contínua realocação de recursos impedindo a criação de novas equipes e unidades de saúde (GODOY *et al*, 2019).

É nesta conjuntura que se insere a rede de cuidados ao paciente com tuberculose. O ministério da saúde define redes como conjunto de ações e serviços que atuam de forma coordenada na garantia do cuidado integral, estes serviços podem ter diferentes níveis tecnológicos. Apesar de os trabalhos mostrarem que as redes de cuidado são a forma mais eficiente de alcançar objetivos específicos, não há até o momento uma rede de cuidados delimitada para pacientes com tuberculose (BRASIL, 2010; SILVA, 2008).

As recomendações do manual de controle da tuberculose no Brasil estabelece apenas a atenção primária como porta de entrada e coordenadora do cuidado, neste nível são acompanhados os indivíduos em tratamento básico e é realizado o manejo de efeitos adversos menores. A referência secundária acompanha os casos em tratamento especial, elucida dúvidas diagnósticas e faz o manejo de efeitos adversos maiores, sobrando para referência terciária os pacientes com doença drogarresistente (BRASIL, 2019).

3 OBJETIVO

Identificar na literatura recente os principais fatores implicados no abandono do tratamento da tuberculose no âmbito da atenção básica.

4 JUSTIFICATIVA

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa com alto impacto na morbimortalidade e produtividade, principalmente em países em desenvolvimento, com tratamento eficaz e que quando utilizado de forma adequada possui baixa taxa de falha, altamente seguro e inibe os sintomas da doença em poucos dias. Apesar do exposto em nosso país, as taxas de abandono terapêutico acima dos valores aceitáveis revelam a existência de múltiplos fatores que afetam a assistência no cuidado longitudinal desses pacientes.

Assim justifica-se a realização de tal pesquisa na perspectiva de elaborar material científico que sintetize informações atualizadas necessárias para guiar alunos e profissionais da atenção básica no manejo de pacientes acometidos por tuberculose pulmonar.

Ademais, os resultados encontrados podem ser utilizados para subsidiar pesquisas de campo futuras que possam elucidar melhor a situação local e aventar possibilidades de intervenção para uma prática de medicina cada vez mais integral e longitudinal.

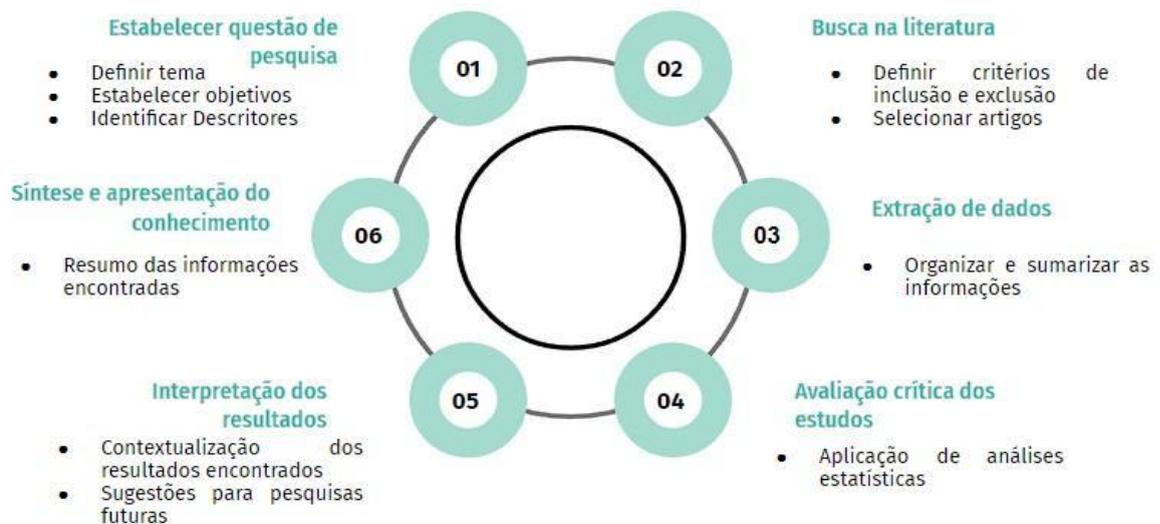
5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para alcançar o objetivo proposto foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa de caráter exploratório, abordagem qualitativa e método dedutivo. Método este amplamente difundido que permite integrar conhecimentos a partir de estudos com diferentes metodologias, além de ter sua relevância já comprovada no contexto da medicina baseada em evidências.

Com a finalidade de facilitar o processamento dos dados e tornar os resultados replicáveis serão seguidas 6 etapas na condução da revisão. Estes 6 pontos podem ser vistos na figura abaixo. A questão norteadora que guiará toda a pesquisa é: *Quais os principais motivos implicados no abandono do tratamento da tuberculose enfrentados pelo profissional da atenção básica?*

Figura 1 - Etapas para realização de revisão bibliográfica integrativa.



Fonte: Adaptado de Mendes, Silveira e Galvão (2008)

5.2 SOBRE A BUSCA NA BASE DE DADOS

A amostra consistiu de periódicos publicados entre 2012 e 2022, e disponibilizados nas bases de dados eletrônicas: Scielo, Bireme, LILACS, SCOPUS e Web of Science, além da abordagem à literatura cinza. Foram utilizados os trabalhos que apresentaram os seguintes descritores: Atenção primária, tuberculose, adesão à medicação e seus respectivos equivalentes em inglês: primary health care, tuberculosis and medication adherence. Estes termos foram elencados por constarem na biblioteca de descritores em ciências da saúde

(DECS/MESH). Após esta etapa os resultados iniciais foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão segundo o quadro abaixo:

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigo disponível em inglês, espanhol ou português	Não abordar o tema proposto
Texto completo e gratuito	Artigos de reflexão, revisão, relatos de casos e manuais
	Artigos duplicados

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com intuito de abordar a literatura atual de forma mais ampla possível, além das bases de dados citadas, foi realizada a busca de trabalhos pertinentes ao tema na literatura cinza. Esta consiste no uso de informações encontradas em referências dos trabalhos utilizados como amostra, além da avaliação dos primeiros 100 resultados disponibilizados ao se aplicar os mesmos descritores na plataforma do Google Scholar™.

A pesquisa nas bases científicas ocorreu entre os meses de dezembro de 2022 e janeiro de 2023. Os trabalhos levantados foram submetidos a uma triagem inicial segundo os critérios de inclusão e exclusão descritos acima, na sequência foram lidos os resumos e excluídos aqueles que não abordaram o tema proposto e, por fim, os trabalhos resultantes foram lidos na íntegra para extração dos dados e informações pertinentes ao escopo deste estudo. Para sumarização e processamento dos dados foi utilizado aplicativo de planilhas eletrônicas Microsoft Excel®.

5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

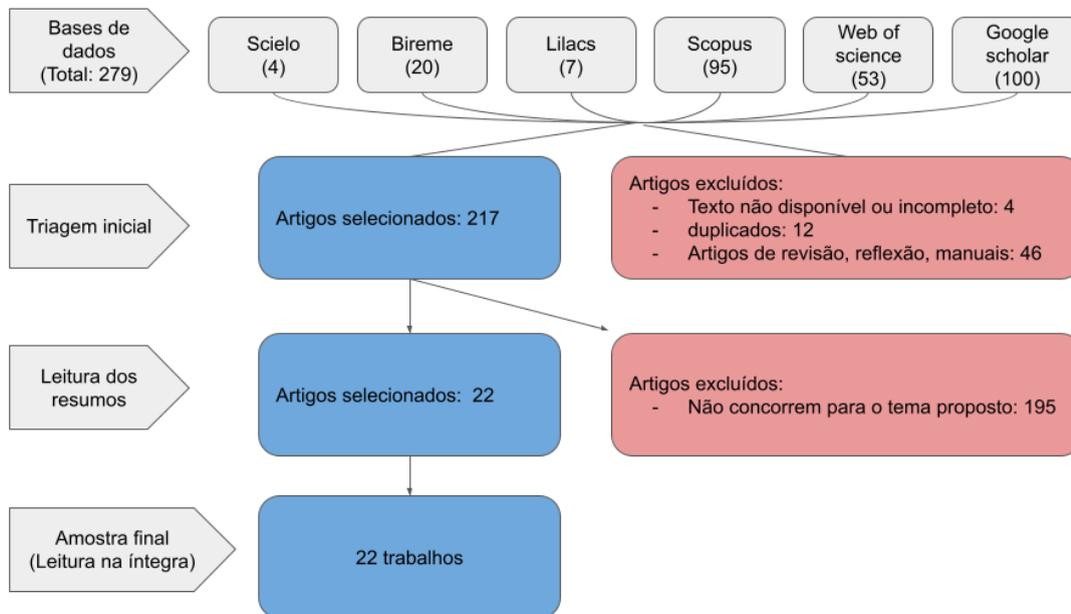
Como esta pesquisa utilizou como fonte de informações somente dados secundários, não foi necessário a submissão ao comitê de ética e pesquisa (CEP). Estando de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

6 RESULTADOS

Mediante aplicação dos descritores elencados nas bases de dados referidas dentro do período de novembro de 2012 a novembro de 2022 foram identificados 179 artigos, somando-se aos 100 primeiros resultados do Google Scholar foram avaliados 279 trabalhos

no total. Após submissão aos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 22 periódicos para compor a amostra final utilizada neste trabalho. A descrição detalhada do processo de seleção pode ser visualizada na figura abaixo:

Figura 2 - Fluxograma seguido para seleção da amostra



Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto às propostas metodológicas, dez artigos tiveram abordagem qualitativa, onze quantitativa e um quanti-qualitativa. Em relação à classificação de Melnyk e Fineout-Overholt verificou-se que todos os trabalhos avaliados tiveram grau de evidência IV por se tratarem de trabalhos qualitativos e descritivos.

Das pesquisas qualitativas, sete colocaram em destaque a opinião de pacientes acometidos por TB, duas abordaram a opinião somente de profissionais envolvidos na assistência, e duas analisaram o discurso de ambos os grupos. Vale ressaltar que somente um dos trabalhos analisou a opinião de profissionais médicos acerca do tema.

Entre os onze periódicos com metodologia quantitativa, sete tinham modelo de abordagem transversal e avaliaram o discurso de pacientes através de entrevistas semiestruturadas. Houve também 02 pesquisas de caso-controle, um estudo ecológico e um ensaio clínico. Um quadro com informações sumarizadas de todos os periódicos utilizados pode ser encontrado no quadro 2.

Quadro 2: Principais informações dos artigos selecionados.

Número	Título	Autor/Ano	Tipo de estudo/País	Principais Fatores abordados
01	Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS)	Campani, Moreira e Tietbohel (2012)	Caso-controle/Quantitativo (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Sexo masculino; jovens (<25 anos); não brancos; baixa escolaridade; não residiam com familiares; uso de álcool e drogas ilícitas; coinfeção com HIV; efeitos adversos.
02	O retardo no diagnóstico da tuberculose e a adesão ao tratamento na atenção primária à saúde	Oliveira (2012)	Transversal/Qualitativo (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Reações adversas aos medicamentos; O tempo prolongado da terapêutica; Conhecimento inadequado acerca do tratamento; Estigma social; Consumo de drogas; O apoio familiar colaborou para continuar o tratamento.
03	Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família	Souza <i>et al.</i> (2012)	Qualitativo por entrevistas semiestruturadas (Brasil)	Uma boa relação médico-paciente aumenta a taxa de sucesso
04	Tuberculose: Limites e potencialidades do tratamento supervisionado	Queiroz <i>et al.</i> (2012)	Transversal/Qualitativo (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Baixa renda; falta de apoio familiar; etilismo; tabagismo; drogas ilícitas; efeitos colaterais; conhecimento deficiente sobre TB.
05	Predictors of tuberculosis (TB) and antiretroviral (ARV) medication non-adherence in public primary care patients in South Africa: a cross sectional study	Naidoo <i>et al.</i> (2013)	Transversal/Quantitativo (África do Sul)	Associados ao abandono terapêutico: Sexo masculino; baixa renda; uma ou mais comorbidades; etilismo; tabagismo.
06	Determinants of non adherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment	Herrero, Ramos e Arrossi (2015)	Transversal/Quantitativo (Argentina)	Associados ao abandono terapêutico: Baixa escolaridade; não ter plano de saúde; sexo masculino.

07	Spatial analysis of the tuberculosis treatment dropout, Buenos Aires, Argentina	Herrero <i>et al.</i> (2015)	Ecológico/Quantitativo (Argentina)	Associados ao abandono terapêutico: Distância geográfica e acesso aos serviços; baixa renda.
08	Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú.	Beramendi <i>et al.</i> (2016)	Caso-controle/Quantitativo (Perú)	Associados ao abandono terapêutico: Baixa escolaridade; baixa renda.
09	Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em municípios de grande porte.	Beraldo <i>et al.</i> (2017)	Transversal/Quantitativo (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Baixa escolaridade; conhecimento deficiente sobre TB; efeitos adversos.
10	O discurso de pessoas acometidas por tuberculose sobre a adesão ao tratamento	Rodrigues <i>et al.</i> (2017)	Transversal/Qualitativo (Brasil)	Vínculo estabelecido com o doente e Cuidado dos familiares favorece a adesão.
11	Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica	Ferreira (2017)	Qualitativo por entrevistas semiestruturadas (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Preconceito e medo dos profissionais e Relação médico paciente ruim são associados ao abandono terapêutico.
12	Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária	Pinheiro <i>et al.</i> (2017)	Qualitativo/Descritivo exploratório (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Ausência de vínculo e de acolhimento dos profissionais em relação ao doente com tuberculose; preconceito por parte dos profissionais; dificuldades de acesso; falhas no sistema de referência e contrarreferência.

13	Fatores associados à cura e ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar na atenção básica no Brasil.	Melo (2018)	Quantitativo/Transversal analítico (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Sexo masculino; jovens (<25 anos); baixa escolaridade; não brancos; associação com diabetes.
14	Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: representações sociais de pessoas com tuberculose	Braga <i>et al.</i> (2019)	Qualitativa/Exploratório descritivo Entrevista (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: O estigma e a discriminação sofrida pelos portadores de TB.
15	The effects of family, society and national policy support on treatment adherence among newly diagnosed tuberculosis patients: A cross-sectional study	Chen <i>et al.</i> (2020)	Transversal/Quantitativo (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Falta de apoio familiar; falta de conhecimento sobre a doença; baixo nível educacional; efeitos adversos às drogas; Uma boa relação médico-paciente aumenta a taxa de sucesso.
16	Percepções dos profissionais de enfermagem acerca do tratamento da tuberculose em um município do estado do Amazonas	Souza, Araújo e Lopes (2020)	Exploratório descritivo/Qualitativa (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Tratamento prolongado, baixa escolaridade; falta de conhecimento sobre a doença; efeitos colaterais de medicação; uso de álcool ou drogas; baixa renda.
17	O impacto da estratificação por grau de risco clínico e de abandono do tratamento da tuberculose	Navarro <i>et al.</i> (2021)	Ensaio clínico/ Quantitativo (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Cor não branca; estado civil solteiro, baixa renda; pessoa em situação de rua; presença de comorbidades; alcoolismo; tabagismo; uso de drogas ilícitas.
18	Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar	Santos <i>et al.</i> (2021)	Quantitativo/ Descritivo (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Sexo masculino, adultos, pardos, baixa escolaridade.

19	"You have to change your whole life": A qualitative study of the dynamics of treatment adherence among adults with tuberculosis in the United Kingdom	Karat <i>et al.</i> (2021)	Qualitativo/Transversal (Reino Unido)	Associados ao abandono terapêutico: Etilismo, encarceramento, falta de moradia.
20	Appraisal on patient compliance and factors influencing the daily regimen of anti-tubercular drugs in Mangalore city: A cross-sectional study	Motappa, Fathima e Kotian (2021)	Transversal/Quantitativo (Reino Unido)	Associados ao abandono terapêutico: Maiores de 49 anos; baixa escolaridade; não conhecia os medicamentos; falta de conhecimento sobre a doença; coinfeção HIV; associação com diabetes mellitus; má relação médico-paciente; efeitos colaterais; tratamento prolongado. Religião não foi um fator significante.
21	Challenges faced by health workers in the use of the directly observed treatment (DOT) for tuberculosis	Dalazoana, Gabardo e Cardoso (2021)	Quanti-qualitativa/Transversal (Brasil)	Associados ao abandono terapêutico: Falta de comprometimento do usuário com o tratamento; dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde; dificuldade dos profissionais em chegar local de atendimento; falta de recursos humanos; Uso de drogas ilícitas pelos pacientes.
22	Vulnerabilidade e estratégias de adesão ao tratamento da tuberculose: discurso dos enfermeiros da atenção primária	Oliveira <i>et al.</i> (2021)	Qualitativo/Descritivo Entrevista semiestruturada 13 enfermeiros - UBS referência	Associados ao abandono terapêutico: Jovens (<25 anos); baixa escolaridade; ter doenças crônicas; conhecimento deficiente sobre a TB e tratamento; falta de apoio familiar.

Fonte: Autor do estudo.

Durante a avaliação dos resultados foram identificados dezoito determinantes diferentes que são relacionados ao abandono terapêutico do paciente com tuberculose. Para uma apresentação didática das informações, os fatores encontrados foram agregados de acordo com características relacionadas à sua natureza em quatro grupos, são eles: socioeconômicos e epidemiológicos, associados a outros agravos de saúde, inerentes ao

tratamento e os fatores associados à assistência em saúde. Segundo a divisão que consta no quadro 2.

Quadro 3 - Fatores associados ao abandono terapêutico da tuberculose.

Tópicos	Fatores
Socioeconômicos e epidemiológicos	Sexo masculino, Indivíduo Jovem (<25 anos), Não brancos, Baixa escolaridade, Falta de apoio Familiar, Baixa renda, Indivíduo em situação de rua.
Associados a outros agravos de saúde	Consumo de bebidas alcoólicas, Tabagismo, Consumo de drogas ilícitas, presença de comorbidades.
Inerentes ao tratamento	Tempo prolongado de tratamento, Reações adversas aos medicamentos, Conhecimento inadequado ou insuficiente sobre TB e seu tratamento.
Associados a assistência em saúde	Dificuldade de acesso às instituições de saúde, Falta de recursos humanos para manter o TDO, falhas no sistema de referência e contrarreferência, Preconceito dos profissionais com o doente.

Fonte: Elaborado pelo autor.

7 DISCUSSÃO

O abandono terapêutico segundo a OMS é um dos maiores desafios relacionados ao tratamento da TB. A pesquisa na literatura permitiu identificar quão amplo pode ser o problema do abandono e os fatores relacionados a ele, incluindo lacunas em políticas públicas assistenciais e no cuidado prestado por profissionais de saúde, além da falta de divulgação de informações importantes acerca do tema para a população geral. O conhecimento desses fatores que podem explicar um padrão de conduta deletéria para o indivíduo pode contribuir para que pesquisadores aventem possibilidades de dirimir a situação e colaborar para o êxito terapêutico.

Tamanha é a importância dos fatores socioeconômicos e ambientais para a saúde da população que a lei 8080 de setembro de 1990, que regulamenta a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelece em seu artigo 3º, entre outros, o acesso à alimentação, moradia, ao transporte, à educação, ao trabalho e renda como fatores determinantes e condicionantes da saúde. Esta mesma lei firma entre seus princípios a universalidade e equidade, segundo estas o indivíduo tem direito a assistência em saúde livre de discriminação de qualquer natureza, garantindo cuidados de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Apesar do que trata os elementos citados, foram encontradas falhas na garantia desses direitos básicos enfrentadas pelo doente com tuberculose que dificultam o êxito no tratamento (BRASIL, 1990).

O sexo do indivíduo foi variável de análise da maioria das pesquisas quantitativas, nestas de forma unânime o sexo masculino foi associado com maior chance de abandono, segundo Herrero, Ramos e Arrosi (2015), o desfecho negativo foi 2.8 vezes maior neste grupo. Atualmente há mudanças drásticas dos papéis sociais e familiares desempenhados por homens e mulheres, tornando, portanto, complexa a tarefa de analisar o sexo como fator relacionado ao abandono terapêutico. (NAIDOO *et al.*, 2013 e SANTOS *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado na Índia o risco de abandonar o tratamento foi 02 vezes maior nos homens empregados (BALASUBRAMANIAN, OOMMEN e SAMUEL, 2000). Em muitas culturas o papel de provedor está associado ao homem, isto é especialmente verdade na Índia, entretanto também ocorre em muitas localidades do Brasil, a responsabilidade de sair de casa e buscar o sustento tornaria difícil a presença do homem em domicílio para ser realizado o TDO, além de também diminuir a chance desse paciente procurar a UBS para realizar consultas de seguimento. Diante desta situação abandonar o posto de trabalho poderia reduzir ainda mais a renda desses indivíduos, já comprometida pela TB (WHO, 2014).

Outro fator é a maior resistência entre homens para procurar assistência médica e a maior predisposição a comportamentos de risco (Teixeira, 2016, Lemos, et al, 2017). Apesar de não totalmente compreendida parece haver questões sociais e culturais por trás dessa aparente auto negligência, segundo Ribeiro *et al.* (2017) há entre os homens a visão que associa a procura por ajuda aos problemas de saúde com demonstração de fraqueza que macularia a imagem do homem como capaz, competitivo e imbuído de força física.

Dentro desse contexto, em dois dos trabalhos avaliados, indivíduos com idade menor que 25 anos, tiveram um risco de não adesão maior frente a outras faixas etárias estudadas. Entretanto, este dado não se mostrou significativo na pesquisa de Chen *et al.* (2020) e Mottapa *et al.* (2022) encontrou uma taxa de abandono maior entre os idosos.

Quando analisada de forma isolada a cor da pele não se mostrou significativa como fator de risco, segundo Lavarro *et al.* (2021) os maiores índices de baixa escolaridade e pobreza entre negros e pardos podem explicar a maior prevalência de abandono nesta parcela dos doentes. Esses dados reforçam o impacto do racismo estrutural contra grupos minoritários que leva com que os não brancos, ou pardos, pretos e indígenas tenham menor escolaridade, menor acesso aos serviços de saúde, maior índice de pobreza e vulnerabilidade social (ALMEIDA, 2019).

Em estudo realizado na cidade de Salvador-BA com pacientes em uso de terapia antirretroviral para HIV encontrou taxas de insucesso terapêutico nos primeiros 06 meses maiores que 2.2 vezes em indivíduos com baixa escolaridade ($p = 0,037$), sendo o fator de

maior impacto nesta pesquisa (SILVA et al, 2015). Apesar dos trabalhos avaliados assumirem valores diferentes para definir baixa escolaridade, o principal ponto de corte para definir risco de não adesão foi o número de anos estudados menor que oito. A baixa escolaridade está associada a não adesão de forma indireta, pois estes indivíduos teriam menor ganho salarial e de forma direta por dificultar o entendimento da doença, do tratamento e das consequências de não concluí-lo (CAMPANI, MOREIRA E TIETBOHEL, 2012; CHEN *et al.*, 2020 e SOUZA, ARAUJO E LOPES, 2021).

O efeito da renda familiar sobre o tratamento de TB foi examinado por 05 autores avaliados, dentre eles 04 encontraram uma associação positiva. Segundo Lavarro *et al.* (2021) o ganho salarial foi inversamente proporcional ao abandono terapêutico, com ganhos acima de cinco mil reais por mês o abandono foi praticamente nulo. A maioria da população portadora de TB está em situação de vulnerabilidade social, nesse contexto a baixa renda perpetua outras problemáticas como maior prejuízo ao acesso à educação de qualidade, maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e está atrelada a outros problemas de saúde pública como o uso abusivo de álcool e drogas. (BRASIL, 2019).

A realidade de fragilidade social de muitas famílias com comprometimento da renda poderia ainda levar ao prejuízo na aquisição de alimentos básicos para a família, e principalmente para o doente. Esses nutrientes seriam de vital importância no processo de resolução da doença e na manutenção da qualidade de vida.

A tuberculose entre indivíduos em situação de rua representa um desafio para a erradicação da doença em países emergentes. A dificuldade de chegar ao diagnóstico por falta de políticas para busca ativa entre essa população itinerante e pela falta da procura aos serviços por estes mantêm a cadeia de transmissão do agente (HINO *et al.*, 2018).

Para além da TB como doença endêmica nessa população, as pesquisas mostram um aumento do risco de má adesão que estaria vinculada a falta de acesso aos serviços, uso de álcool e drogas, mas também ao preconceito enfrentado por esses indivíduos. Outro ponto é o apoio familiar que quando presente de forma individual, mas principalmente nos moradores de rua, teria impacto positivo para levar o paciente ao sucesso terapêutico (OLIVEIRA, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2017).

Mostrou-se também uma associação entre o abandono do tratamento e outros problemas de saúde pública. Destes, um dos mais importantes é o alcoolismo que eleva em aproximadamente quatro vezes a chance de falha terapêutica (NAIDOO *et al.*, 2013). O uso simultâneo de álcool e o esquema antimicrobiano, principalmente a isoniazida e a rifampicina, pode resultar em hepatite causando sintomas como desconforto e dor abdominal, o paciente

ao reconhecer toma a decisão entre qual dos dois manter o consumo. As hipóteses que buscam elucidar tais números sugerem que os pacientes sabem que não devem consumir álcool em vigência do tratamento pelos efeitos adversos associados, entretanto após melhora inicial dos sintomas respiratórios a maioria retorna ao álcool e cessa o TDO (KARAT *et al.*, 2021; BARROS *et al.*, 2021).

Apesar da importância do tema reconhecido por pacientes e profissionais perdura a falta de informação suficiente para apoiar a tomada de decisão dos acometidos por TB (SOUZA, ARAUJO E LOPES, 2021; KARAT *et al.*, 2021; BARROS *et al.*, 2021). Em pesquisa realizada por Silva, et al (2012) que ouviu 19 pacientes com tuberculose todos relataram conhecer uma associação negativa da doença com álcool e que o consumo é contraindicado, mas alguns deles relataram não ter recebido tais orientações dos profissionais durante o seguimento da doença como pode ser visto nos relatos extraídos: “Não foi (...) eu só venho e tomo o remédio e não falam nada [Paciente 1]./ Não teve orientações, nem do médico e nem do enfermeiro [Paciente 5].“ (SILVA *et al.*, 2012).

O uso abusivo de outras substâncias como o tabaco e drogas ilícitas também é citada pela literatura, porém com um grau de evidência menor frente ao álcool (CAMPANI, MOREIRA E TIETBOHEL, 2012; QUEIROZ *et al.*, 2012). A visão simplista de que o paciente deve ter “força de vontade” para manter a abstinência em prol do benefício de saúde e a culpabilização ao não alcançá-la devem ser evitados por não trazerem benefício real. Várias abordagens devem ser utilizadas para ajudar na tomada de decisões como o seguimento longitudinal das ações, a corresponsabilização das decisões e consequências, o reforço positivo das metas alcançadas, grupos de apoio, além do tratamento medicamentoso oportuno quando necessário como por exemplo do tabagismo. É de suma importância também a busca de apoio na família e em grupos externos como religiosos, entre outros. (DALAZOANA, GABARDO E CARDOSO, 2021).

A existência de comorbidades crônicas como Diabetes mellitus, hipertensão e principalmente o HIV se mostraram como causas da falha terapêutica. Em tais situações parece que a polifarmácia e o aumento nos efeitos adversos propiciados pela interação entre drogas são os responsáveis pelo insucesso em garantir o uso do esquema antimicrobiano completo (NAIDOO *et al.*, 2013, MOTAPPA, FATHIMA E KOTIAN, 2022).

Existem particularidades do tratamento da tuberculose que devem ser observadas pelos profissionais no intuito de alcançar o sucesso terapêutico. O esquema básico proposto se estende por 06 meses o que exige o compromisso e persistência dos agentes envolvidos, paciente e profissionais. Segundo Souza, Araujo e Lopes (2021) 45% dos pacientes

entrevistados reclamaram do tempo de tratamento e em pesquisa realizada por Mottapa *et al.* (2022) aqueles que relataram a longa duração como obstáculo tiveram 4.8 vezes mais risco de abandono. Essa visão do portador da doença pode ser reforçada pelo fragmento de discurso abaixo retirado do trabalho de Oliveira (2012): “Disseram que era para tomar os remédios todos os dias durante 6 meses a 1 ano. Eu não achei muito bom não. Eu fico dizendo: esse remédio não vai acabar não?”

Com o uso diário de múltiplos antibióticos por tempo tão prolongado é esperado que o paciente apresente efeitos adversos a essas drogas (SOUZA, ARAÚJO E LOPES, 2021). As principais queixas causadas pelo uso do esquema RHZE são sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal; nesta situação os doentes já fragilizados pela TB pode se sentir tentados a cessar o tratamento pois o que era para ajudar causa piora da situação clínica (SOUZA, ARAÚJO E LOPES, 2021, VERONESI e FOCACCIA, 2015).

O único trabalho sobre o tema de caráter quantitativo não encontrou uma associação direta entre adesão terapêutica e efeitos adversos aos antibióticos utilizados (LAVARRO *et al.*, 2021). No entanto, em pesquisa que ouviu profissionais da atenção básica sobre a questão, 40% deles acreditam que o mal estar associado às drogas pode levar ao abandono. Também foi demonstrado que portadores de TB que foram previamente informados sobre duração, doses, efeitos adversos e o que fazer se presentes tiveram uma chance de sucesso terapêutico maior (SOUZA, ARAÚJO E LOPES, 2021, BERALDO *et al.*, 2017).

Observou-se que uma parcela considerável dos pacientes com TB responderam de forma inadequada a perguntas sobre a doença e tratamento. Mottapa *et al.* (2022) encontrou, em um total de 130 pacientes, 35% desconheciam o mecanismo de transmissão, 64% não sabiam como prevenir e 64,5% não tinham conhecimentos sobre efeitos adversos associados aos medicamentos. Resultados similares que corroboram os dados foram encontrados por Teixeira *et al.* (2020).

Fica evidente a importância da informação em tornar os pacientes corresponsáveis em seu processo de saúde-doença, ação esta essencial para garantir a confiança destes nas condutas sugeridas pela equipe de saúde. Para tanto é essencial que os profissionais da atenção básica e o meio acadêmico desempenhem seu papel como agentes promotores do conhecimento divulgando para a população geral e portadores da moléstia saberes essenciais sobre a tuberculose (MOTAPPA, FATHIMA E KOTIAN, 2022 e DALAZOANA, GABARDO E CARDOSO, 2021).

Os fatores avaliados diretamente relacionados à assistência de saúde prestada e coordenada pela atenção básica foram: dificuldade de acesso do paciente ao serviço, local de

difícil acesso para os profissionais realizarem o TDO, falta de recursos humanos, falha no sistema de referência, preconceito com o doente e o déficit na relação profissional-paciente.

Para que a atenção básica tenha maior abrangência, uma de suas diretrizes é a descentralização, pois com os serviços mais próximos à população facilitaria o acesso desta e em situações necessárias, como o TDO, os profissionais também estarão mais próximos às residências. Dois dos estudos analisados abordaram a questão geográfica como fator de abandono terapêutico, no primeiro os profissionais ligaram o desfecho negativo a maior dificuldade para ir às consultas, agendar exames e para adquirir os medicamentos (PINHEIRO *et al.*, 2017). Os resultados encontrados por Herrero *et al.* (2015) foram similares.

Já no segundo trabalho que ouviu agentes comunitários de saúde a dificuldade de acesso às moradias foi o segundo principal fator associado à descontinuidade do tratamento diretamente observado. Esta dificuldade de acesso, no entanto, não se relaciona apenas à distância, mas também a moradias em locais de risco como comunidades controladas pelo tráfico, ruas sem acesso para veículos e em comunidades ribeirinhas (DALAZOANA, GABARDO E CARDOSO, 2021). Soma-se a isto o déficit em recursos humanos enfrentada pela maioria das unidades básicas de saúde em nosso país, o resultado é a falta de assistência mínima para suprir a demanda dos pacientes em TDO.

Para superar tamanhos desafios enfrentados na prática se faz necessária a construção de um forte vínculo do doente com a atenção básica. Para tanto, o indivíduo precisa encontrar na unidade em que frequenta resolutividade, corresponsabilização dos profissionais com suas problemáticas e o seguimento adequado das ações em saúde. Neste contexto Pinheiro *et al.* (2017) identificou que quando os pacientes com tuberculose são encaminhados para outros níveis de atenção pode haver descontinuidade da assistência devido a falhas no sistema de referência e contrarreferência com impacto na taxa de sucesso terapêutico dessa comorbidade.

Ao analisar as pesquisas de caráter qualitativo pode-se evidenciar outro obstáculo para se estabelecer uma boa relação médico-paciente: o preconceito dos profissionais com a doença e com o doente. Historicamente a tuberculose foi associada a praga divina por pecados cometidos e ligada a populações estigmatizadas como moradores de rua, presos, prostitutas, alcoólatras levando os doentes a um distanciamento voluntário ou obrigatório de suas famílias e grupos sociais com a desculpa de evitar o contágio (BRAZIL, 2019, VERONESI e FOCACCIA, 2015).

Atualmente apesar do avançado conhecimento que temos sobre a tuberculose perdura de forma velada o preconceito com portadores da doença. No âmbito da atenção básica o preconceito também existe, onde muitos profissionais estigmatizam e segregam os pacientes

devido ao seu diagnóstico ou condição social causando situações de constrangimento e grande sofrimento psíquico (FERREIRA E ENGSTROM, 2017). Atitudes como essas comprometem a confiança do paciente na equipe levando-o a distanciar-se como pode ser evidenciado no relato abaixo:

“O paciente já tem um impacto em saber que está com tuberculose, e você vai e manda “virar” [...] ‘Vire para o lado que você está contaminando, está com tuberculose’. Com certeza, pode afastar o doente da unidade de saúde.” (PINHEIRO et al., 2017, P. 1299).

Por este trabalho ter abordado artigos com metodologias distintas, incluindo pesquisas quantitativas e qualitativas, não é possível estabelecer generalizações a partir de todas as situações discutidas. Como o intuito é abrir o tema a discussão recomenda-se a realização de pesquisas futuras que possam investigar com maior afinco cada um dos fatores aqui elencados.

Ao avaliar o tema a partir da ótica dos principais agentes responsáveis pelo sucesso no tratamento da tuberculose: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e principalmente do paciente, esta pesquisa pode colaborar com o meio científico ao apresentar a questão respeitando sua complexidade e pluralidade. Ademais, os resultados encontrados podem subsidiar profissionais e estudantes da área da saúde na construção de um sistema único de saúde mais longitudinal, integral e humano.

8 CONCLUSÃO

A partir do que foi exposto entende-se a capacidade de tomada de decisão que leva o paciente com tuberculose ao sucesso terapêutico como fruto da interação entre múltiplos fatores de naturezas distintas. Esses determinantes perpassam a condição física da doença e abrange problemáticas sociais, econômicas, geográficas e políticas exigindo dos profissionais envolvidos uma visão abrangente para identificar as necessidades específicas de cada doente.

É possível também identificar a atenção primária como serviço essencial para alcançar as taxas de abandono sugeridas pela OMS através do uso de estratégias já existentes: corresponsabilização, estabelecimento de vínculo, propagação de conhecimentos e saberes, busca da família para participar dos cuidados e a luta contra estigmas e preconceitos enraizados na sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALVES, Rayanne Santos; SOUZA, Káren Mendes Jorge de; OLIVEIRA, Annelissa Andrade Virgínio de; PALHA, Pedro Fredemir; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; SÁ, Lenilde Duarte de. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 650-657, set. 2012.

ANDUAGA-BERAMENDI, Alexander et al . Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. **Acta méd. peruana, Lima** , v. 33, n. 1, p. 21-28, Janeiro 2016 .

ARRUDA, Karla Gleice de. Avaliação dos custos do tratamento de tuberculose em município de médio porte do nordeste brasileiro. Dissertação de Mestrado. **Universidade Federal de Pernambuco**. v. 10, n.1, p10-33, Outubro, 2014.

BALASUBRAMANIAN, V. N.; OOMMEN, K.; SAMUEL, R.. DOT or not? Direct observation of anti-tuberculosis treatment and patient outcomes, Kerala State, India. **The International Journal Of Tuberculosis And Lung Disease**, Tamil Nadu, India, v. 5, n. 4, p. 409-413, 2000.

BARROS, Jonh Jorge Costa; OLIVEIRA, Aliéren Honório; CAVALCANTE, Jeane Lima; MUNIZ, Tacyla Geyce Freire; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte; CAVALCANTE, Edilma Gomes Rocha. Vulnerabilidade e estratégias de adesão ao tratamento da tuberculose: discurso dos enfermeiros da atenção primária. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 11, p. 61-67, 12 ago. 2021.

BERALDO, Aline Ale; ANDRADE, Rubia Laine de Paula; ORFÃO, Nathália Halax; SILVA-SOBRINHO, Reinaldo Antônio da; PINTO, Érika Simone Galvão; WYSOCKI, Anneliese Domingues; BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino; MONROE, Aline Aparecida; SCATENA, Lúcia Marina; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large

municipality. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 67-73, 21 set. 2017.

BRAGA, Sananda Kayrone Maciel; OLIVEIRA, Thaianne da Silva; FLAVIO, Fernanda Formiga; VÉRAS, Gerlane Cristinne Bertino; SILVA, Bruno Neves da; SILVA, Cícera Renata Diniz Vieira. Estigma, prejuízo y adhesión al tratamiento: representaciones sociales de personas con tuberculosis. **Revista Cuidarte**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 33-49, 15 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, A Organização e O Funcionamento dos Serviços Correspondentes e Dá Outras Providências.. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. acesso em 09/04/2023.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Política Nacional de Atenção Básica, Brasília-DF, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 09/04/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**, 5ª ed. Brasília, DF. Ministério da saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view. Acesso em 09/04/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim epidemiológico: Tuberculose 2022**. Brasília, DF. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>. Acesso em 09/04/2023.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em 09/04/2023.

CAMPANI STA, Moreira JS, Tietbohel CN. Pulmonary tuberculosis treatment regimen recommended by the Brazilian National Ministry of Health: predictors of treatment noncompliance in the city of Porto Alegre, Brazil. **J Bras Pneumol.** 2011;37(6):776-782

CHEN, Xu; DU, Liang; WU, Ruiheng; XU, Jia; JI, Haoqiang; ZHANG, Yu; ZHU, Xuexue; ZHOU, Ling. The effects of family, society and national policy support on treatment adherence among newly diagnosed tuberculosis patients: a cross-sectional study. **Bmc Infectious Diseases**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 15-23, 24 ago. 2020.

CHRISTOF, Claudia; NUSSBAUMER-STREIT, Barbara; GARTLEHNER, Gerald. **WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control.** Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 2020.

DALAZOANA, Simone Sardeto Valloto; GABARDO, Betina Mendez Alcântara; CARDOSO, Rosilene Fressatti. Challenges faced by health workers in the use of the directly observed treatment (DOT) for tuberculosis. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, [S.L.], v. 63, p. 100-107, 2021.

DE GODOY, Artur Medeiros et al. Desmonte e sucateamento do SUS e desumanização dos espaços de saúde: um relato de experiência. **Revista educação em saúde**, n. 7, p. 155-159.

FERREIRA, Jaqueline Teresinha; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1015-1025, 18 dez. 2017.

GIOVANELLA, Ligia et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 783-794, 2009.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro. **Tratado de saúde da família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Artmed, Porto Alegre/RS, 2019.

HERRERO, María Belén; ARROSSI, Silvina; RAMOS, Silvina; BRAGA, Jose Uelers. Spatial analysis of the tuberculosis treatment dropout, Buenos Aires, Argentina. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 49, p. 1-9, 2015.

HERRERO, María Belén; RAMOS, Silvina; ARROSSI, Silvina. Determinants of non adherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 287-298, jun. 2015.

HINO, Paula; MONROE, Aline Aparecida; TAKAHASHI, Renata Ferreira; SOUZA, Káren Mendes Jorge de; FIGUEIREDO, Tania Maria Ribeiro Monteiro de; BERTOLOZZI, Maria Rita. Tuberculosis control from the perspective of health professionals working in street clinics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 26, p. 52-60, 29 nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2691.3095>.

KARAT, Aaron S.; JONES, Annie S.K.; ABUBAKAR, Ibrahim; CAMPBELL, Colin N.J.; CLARKE, Amy L.; CLARKE, Caroline S.; DARVELL, Marcia; HILL, Adam T.; HORNE, Robert; KUNST, Heinke. “You have to change your whole life”: a qualitative study of the dynamics of treatment adherence among adults with tuberculosis in the united kingdom. **Journal Of Clinical Tuberculosis And Other Mycobacterial Diseases**, [S.L.], v. 23, p. 110-123, maio 2021.

LEMOS, Ana Paula *et al.* SAÚDE DO HOMEM: OS MOTIVOS DA PROCURA DOS HOMENS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Recife, v. 11, p. 52-58, nov. 2017.

MELO, Magalhães de Pinho; MELO, Tatiana Eustáquia Magalhães de Pinho. Fatores associados à cura e ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar na atenção básica no Brasil. **Repositório Universidade de Brasília**, Brasília, v. 1, n. 5, p. 1-105, jan. 2017.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

MOTAPPA, Rohith; FATHIMA, Tuba; KOTIAN, Himani. Appraisal on patient compliance and factors influencing the daily regimen of anti-tubercular drugs in Mangalore city: a cross-sectional study. **F1000Research**, [S.L.], v. 11, p. 462-470, 27 jul. 2022. F1000 Research Ltd. <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.109006.2>.

NAIDOO, Pamela; PELTZER, Karl; LOUW, Julia; MATSEKE, Gladys; MCHUNU, Gugu; TUTSHANA, Bomkazi. Predictors of tuberculosis (TB) and antiretroviral (ARV) medication non-adherence in public primary care patients in South Africa: a cross sectional study. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 88-104, 26 abr. 2013.

NAVARRO, Pedro Daibert, et al. The impact of the stratification by degree of clinical severity and abandonment risk of tuberculosis treatment . **J Bras Pneumol**. v. 47, 2021.

PINHEIRO, Patrícia Geórgia Oliveira Diniz; SÁ, Lenilde Duarte de; PALHA, Pedro Fredemir; OLIVEIRA, Rita de Cássia Cordeiro de; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Critical points for the control of Tuberculosis on Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 70, n. 6, p. 1227-1234, dez. 2017.

QUEIROZ, Elisangela Martins de; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, Mónica Cecilia; FERREIRA, Kuitéria Ribeiro; BERTOLOZZI, Maria Rita. Tuberculosis: limitations and strengths of directly observed treatment short-course. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 369-377, abr. 2012.

RODRIGUES, Débora César de Souza; OLIVEIRA, Annelissa Andrade Virginio de; ANDRADE, Séfora Luana Evangelista de; ARAÚJO, Edna Marília Nóbrega Fonseca de; LOPES, Ana Maria Cavalcante; SA, Lenilde Duarte de. O DISCURSO DE PESSOAS ACOMETIDAS POR TUBERCULOSE SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO. **Ciencia y Enfermería**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 67-76, abr. 2017.

TEIXEIRA, Amanda Queiroz; SAMICO, Isabella Chagas; MARTINS, Ariane Bezerra; GALINDO, Jadson Mendonça; MONTENEGRO, Rosana de Albuquerque; SCHINDLER, Haiana Charifker. Tuberculose: conhecimento e adesão às medidas profiláticas em indivíduos contatos da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 116-129, mar. 2020.

SÁ, Antonia Margareth Moita et al. Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 15, n. 3, p. 155-160, 2017.

SANTOS, Débora Aparecida da Silva et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p.45-57, 20 abr. 2021.

SANTOS, Débora Aparecida da Silva; MARQUES, Ana Lúcia Alves; GOULART, Letícia Silveira; MATTOS, Magda de; OLINDA, Ricardo Alves de. FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 26, p. 202-216, 20 abr. 2021.

SCHEFFLER, Richard M. et al. A manpower policy for primary health care. **New England Journal of Medicine**, v. 298, n. 19, p. 1058-1062, 1978.

SILVA, Cleidiani Baptista da; LAFAIETE, Rute dos Santos; DONATO, Marilurde. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 10-17, abr. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 abr. 2023.

SILVA, José Adriano Góes; DOURADO, Inês; BRITO, Ana Maria de; SILVA, Carlos Alberto Lima da. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 31, n. 6, p. 1188-1198, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, Silvio Fernandes da; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. Silva SF, organizador. Rede de atenção à saúde no SUS: o

pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, p. 69-85, 2008.

SOUSA, Amanda Thyanne Sales de; ARAËJO, Mirelia Rodrigues de; LOPES, Graciana de Sousa. Percepções dos profissionais de enfermagem acerca do tratamento da tuberculose em um município do estado do Amazonas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 45-60, 6 mar. 2021.

TEIXEIRA, Danilo Boa Sorte. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 32, n. 4, dic. 2016. ISSN 1561-2961. Disponible en: <<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985>>. Fecha de acceso: 06 abr. 2023.

OLIVEIRA, Luana Carla Santana. O retardo no diagnóstico da tuberculose e a adesão ao tratamento na atenção primária à saúde: a influência de concepções do processo saúde-doença e de determinantes sociais da saúde. **Repositório Universidade Federal da Paraíba**, João Pessoa, 2012.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de infectologia**. 5ª Edição, Atheneu. Rio de Janeiro, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis report**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>. Acesso em: 11 set. de. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The End TB Strategy: Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control**. after 2015. [A67/11 – 14 March 2014]. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>. Acesso em: 09/04/2023.