

ADESÃO TERAPÊUTICA AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO¹

Nathalia Halax Orfão*
 Rubia Laine de Paula Andrade**
 Aline Ale Beraldo***
 Maria Eugênia Firmino Brunello****
 Lúcia Marina Scatena*****
 Tereza Cristina Scatena Villa*****

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar e analisar os aspectos associados à adesão terapêutica da tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP. A população do estudo foi constituída por doentes de tuberculose em tratamento, há três meses ou mais, no período de 2011 a 2012. Foi entrevistada uma amostra de 127 pacientes, de um total de 204, utilizando-se um formulário estruturado em quatro blocos: Dados sociodemográficos, clínicos e de organização da assistência aos doentes em tratamento; Medida de Adesão ao Tratamento da Tuberculose; Conhecimento dos doentes sobre a doença e tratamento; Vínculo com a equipe de saúde. Para análise dos dados realizou-se Análise de Agrupamento e Análise de Correspondência Múltipla. Foram construídos dois grupos de análise cujas médias padronizadas permitiram a classificação do grupo 2 como satisfatório e envolveu 67 (52,8%) entrevistados, constituídos por adultos jovens, com vínculo empregatício, ausência de coinfeção TB/HIV, maior frequência de Tratamento Diretamente Observado no domicílio, vínculo com a equipe de saúde e conhecimento sobre a doença. Nível de escolaridade, sexo e forma clínica não foram aspectos que determinaram a adesão. Destaca-se a importância de conhecer o perfil dos doentes associados à adesão terapêutica, uma vez que poderiam nortear a oferta de ações e incentivos.

Palavras-chave: Tuberculose. Adesão à Medicação. Conhecimento. Relações Profissional-Paciente.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), apesar de ser uma doença infecciosa curável se tratada corretamente, ainda representa um problema de saúde global cuja dimensão continua a crescer⁽¹⁾.

No Brasil, embora o Ministério da Saúde (MS) considere o controle da TB como prioridade das três esferas de governo, o país ocupou, entre 2010 e 2011, o 19º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% da carga mundial de TB. Neste período, a incidência estimada foi de 83 mil casos, com coeficiente de 36 casos por 100 mil habitantes, sendo que as

metas de controle da doença estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) não foram atingidas, apresentando em 2011 baixa taxa de cura (74,9%) e elevada taxa de abandono (11,8%)⁽¹⁾.

Em Ribeirão Preto, município selecionado para este estudo e considerado prioritário para o controle da doença no país diante do número de casos de TB e elevada taxa de coinfeção TB/HIV, em 2011, foram notificados 176 casos novos da doença, com 28 casos por 100 mil habitantes. Em relação ao desfecho do tratamento, apresentou elevada taxa de óbito (14,8%) e baixa taxa de cura (79%). Tais resultados poderiam ser decorrentes da

¹Produto elaborado a partir da dissertação, intitulada "Adesão ao tratamento da tuberculose: conhecimento do doente e vínculo com os serviços de saúde", vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

*Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: nathaliahalax@gmail.com

**Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde e especialista de laboratório do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da EERP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: rubia@eerp.usp.br

***Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde e pós-doutoranda do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública EERP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: li_aab@yahoo.com.br

****Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde e pós-doutoranda do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da EERP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: mefb_usp@yahoo.com.br

*****Engenheira de Produção Química. Doutora em Engenharia Hidráulica e Saneamento. Professora Adjunto da Universidade do Triângulo Mineiro (UFMT), Uberaba, MG, Brasil. E-mail: lmscatena@uol.com.br

*****Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da EERP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br

coinfecção TB/HIV (20,3%) ou da não adesão ao tratamento, mesmo o município apresentando 5,7% de taxa de abandono⁽²⁾.

Apesar da literatura⁽³⁻⁸⁾ apresentar inúmeros artigos científicos com diferentes abordagens sobre a adesão, há necessidade de estudos que mostrem questões específicas quanto ao perfil dos doentes que aderem ou abandonam o tratamento. Assim, é importante que os profissionais de saúde se atentem às características dos indivíduos, não se restringindo apenas aos aspectos clínicos, uma vez que o controle da TB é permeado por desafios que garantam a adesão ao tratamento.

Entende-se adesão como um processo dinâmico e multifatorial, influenciada por fatores individuais e externos⁽⁹⁾, com decisões compartilhadas entre serviço de saúde e usuário, na medida em que se considera a autonomia deste na tomada de decisões, e sua responsabilidade para o seguimento do seu tratamento⁽³⁻⁵⁾.

Reconhece-se que a adesão é favorecida pela confiança dos usuários nos serviços de saúde; pela integração destes últimos com outros níveis assistenciais; pelo suporte emocional e social da equipe multidisciplinar ao usuário, família e comunidade; pelo compartilhamento de informações; por intervenções efetivas à saúde da população que incluam um olhar não apenas para os tratamentos específicos, mas orientado por um modelo de atenção adequado à condição crônica, como é o caso da TB^(3,5,8).

Neste estudo definiu-se a adesão terapêutica *“como o grau de concordância entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa no que concerne ao regime terapêutico proposto”*⁽¹⁰⁾. Entende-se a adesão, como um conceito abrangente e complexo na medida em que consideramos as recomendações terapêuticas, o perfil sociodemográfico e clínico, e os aspectos da organização do serviço de saúde, bem como o vínculo entre doente e profissional de saúde.

Justifica-se o estudo da adesão terapêutica, visto que é almejada do início ao término do tratamento, pois a realização de modo incompleto ou irregular pode afetar o prognóstico da doença, trazendo implicações negativas tanto para a saúde pública quanto para o próprio indivíduo, além de comprometer o

controle da mesma⁽¹¹⁾, uma vez que aumenta a transmissão do bacilo, a resistência aos medicamentos e os casos de recidiva.

Considerando a situação epidemiológica da TB e a importância da adesão ao tratamento da doença para o controle da mesma, este estudo elaborado a partir da dissertação intitulada *“Adesão ao tratamento da tuberculose: conhecimento do doente e vínculo com o serviço de saúde”*⁽¹²⁾, teve como objetivo identificar e analisar os aspectos associados à adesão terapêutica da TB no município de Ribeirão Preto – SP.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal realizado em Ribeirão Preto, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, com uma população estimada em 619.746 habitantes para o ano de 2012. A atenção aos doentes de TB ocorria em quatro Ambulatórios de Referência, distribuídos em quatro distritos de saúde com equipes especializadas para o tratamento da doença, com a retaguarda do nível terciário para os casos que necessitassem de internação, destacando os casos de coinfecção TB/HIV.

A população de estudo foi constituída por doentes de TB em tratamento há três meses ou mais no período de setembro de 2011 a setembro de 2012 no município de Ribeirão Preto. Foram excluídos: menores de 18 anos, em tratamento no sistema prisional e/ou em outro município, e que apresentavam limites na compreensão das questões.

Neste período, dos 204 pacientes em tratamento, foram considerados para entrevista 127 indivíduos, uma vez que 29 foram excluídos do estudo de acordo com os critérios previamente estabelecidos, 26 não foram localizados, 17 se recusaram (sendo que destes, seis pacientes estavam institucionalizados) e cinco haviam sido entrevistados no teste piloto. Tal teste foi realizado para treinamento dos entrevistadores.

O instrumento de coleta de dados compreendeu um formulário estruturado em quatro blocos:

Bloco A – Dados sociodemográficos, clínicos e de caracterização da organização da assistência

aos doentes de TB em tratamento – compreendendo 16 questões com escalas de respostas dicotômicas e de múltipla escolha. As variáveis do perfil sociodemográfico e clínico incluíram sexo, idade, escolaridade, situação empregatícia, forma clínica da TB, tipo de caso, outras doenças associadas. As variáveis de organização da assistência foram: unidade que iniciou e realiza o tratamento da TB, quantas vezes e onde retira o medicamento da TB, pessoa que observa a ingestão do mesmo, quantas vezes observam e em que horário; horário de preferência do doente para a ingestão do medicamento e incentivos que recebe do programa de TB.

Bloco B – Medida de Adesão ao Tratamento da TB elaborado com base no conceito multidimensional de adesão da OMS, considerando os aspectos relacionados ao doente, ao tratamento e sistema de saúde⁽⁹⁾, bem como a partir de manuais proposto pelo MS⁽¹³⁾, artigos e estudos anteriores que abordam os aspectos de maior relevância para a adesão^(4,5,7,8). Tal bloco compreendia 16 variáveis, com escala de nove pontos, com variação de nunca = 0, a sempre = 8, sendo zero a pior resposta para adesão e oito a melhor (Tabela 1).

Bloco C – Conhecimento dos doentes de TB sobre a doença e tratamento construídos a partir de *guidelines*⁽¹⁴⁾ e estudos anteriores⁽¹⁵⁾, com escala de respostas dicotômicas e de múltipla escolha para quatro questões. Reconhecendo que apesar da existência de diferentes tipos de conhecimento, este estudo limitou-se a trabalhar com o cognitivo (Tabela 1).

Bloco D – Vínculo entre o doente de TB e a equipe de saúde, elaborado com base no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)⁽¹⁶⁾, validado no Brasil⁽¹⁷⁾ e adaptado para avaliar a atenção a TB no Brasil⁽¹⁸⁾. Tal bloco continha dez questões (Tabela 1) com escalas de classificação variadas como dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e de somatória (escala de Likert). Na escala de Likert, os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de concordância das afirmações, sendo 1 a pior resposta para vínculo e 5 a melhor.

Bloco A, como *forma clínica, tipo de caso e outras doenças associadas*, foram coletadas, a partir, de fontes secundárias de dados disponíveis no Sistema de Informação TB-WEB

(sistema online, via internet, para notificação de casos de TB, exclusivo do Estado de São Paulo) e o restante dos dados e dos blocos foram coletados através de entrevista com os doentes, após orientá-los sobre os objetivos do estudo, a confidencialidade das entrevistas, e solicitada à assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram digitados, armazenados e analisados através do programa Statistica, versão 10.0 da Statsoft.

Inicialmente, com as variáveis do Bloco B, realizou-se Análise de Agrupamento pelo método não hierárquico (*k-means*) para associar os indivíduos semelhantes quanto à adesão ao tratamento, de modo que se pretendia obter um número mínimo de grupos (Adesão Satisfatória e Adesão Insatisfatória). Posteriormente, realizou-se a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) para verificar a associação entre os grupos de adesão ao tratamento da TB (formados na Análise de Agrupamento) com as demais variáveis do estudo (variáveis do perfil sociodemográfico e clínico, e de caracterização da organização da assistência aos doentes de TB – Bloco A, bem como o conhecimento dos doentes – Bloco C e o vínculo com a equipe de saúde – Bloco D).

Durante a ACM, optou-se por excluir da análise as variáveis “tipo de caso”, “tratamento no mesmo serviço de saúde que iniciou”, “recebimento de incentivo”, “conhecimento sobre a cura da TB”; “tempo suficiente para falar suas dúvidas e preocupações durante as consultas”, “vontade de realizar o acompanhamento da enfermidade em outra unidade de saúde”, e “sentimento de acolhimento pelos profissionais de saúde durante o Tratamento Diretamente Observado (TDO)” por se tratar de variáveis com categorias que apresentaram frequências muito desbalanceadas, ou seja, uma categoria com frequência muito alta (superior a 90%) e demais categorias com frequência muito baixa, pois a contribuição de uma categoria para a construção dos eixos ou dimensões na ACM é inversamente proporcional à sua frequência, de forma que variáveis com categorias com frequências muito desbalanceadas podem

provocar distorções no plano fatorial. Foram também excluídas as variáveis “forma clínica”, “doenças associadas” e “sexo” que apresentaram baixa contribuição para a inércia (variabilidade) do plano fatorial.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, protocolo 1264/2011.

Tabela 1. Variáveis relacionadas à medida de adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose, conhecimento do doente sobre a doença e tratamento, e o vínculo com a equipe de saúde.

Blocos	Variáveis
<i>B - Medida de adesão ao tratamento medicamentoso da Tuberculose</i>	Conhecimento sobre a tuberculose;
	Conhecimento sobre o tratamento da tuberculose;
	Busca de informações sobre tuberculose em livros e/ou internet;
	Participação do doente nas decisões sobre o seu tratamento;
	Comparecimento às consultas agendadas;
	Uso dos remédios conforme as orientações dos profissionais de saúde;
	Evita parar de tomar os remédios da tuberculose;
	Busca por um serviço de saúde quando tem dúvidas a respeito do meu tratamento;
	Consegue identificar a melhora ou piora dos meus sintomas durante o tratamento;
	Sabe o que deve fazer se os meus sintomas piorarem;
	Consegue dedicar um tempo para o cuidado da sua saúde;
	Evita consumir cigarro;
	Evita consumir álcool;
	Incentiva os familiares a procurar o serviço de saúde para realizar exames da tuberculose;
	Busca apoio para continuar o tratamento da tuberculose;
Busca participar de algum grupo de apoio;	
<i>C – Conhecimento do doente de Tuberculose sobre a doença e tratamento</i>	Conhecimento sobre a transmissibilidade da tuberculose de uma pessoa para outra;
	Cura da tuberculose;
	Conhecimento sobre o tempo de tratamento;
	Interesse em buscar informações fora do serviço de saúde;
<i>D – Vínculo entre o doente de Tuberculose e à equipe de saúde</i>	Profissional de referência quando possui algum problema relacionado ao seu tratamento;
	Consulta com o mesmo profissional de saúde;
	Compreensão pelos profissionais de saúde quando o doente fala de seus problemas e/ou tem alguma queixa;
	Tempo destinado para o doente expor suas dúvidas e preocupações durante as consultas médicas;
	Tratamento Diretamente Observado realizado pelo mesmo profissional de saúde;
	Tempo destinado para o doente expor suas dúvidas e preocupações durante o Tratamento Diretamente Observado;
	Vontade de realizar o acompanhamento de sua enfermidade em outra unidade de saúde;
	Acolhimento pelos profissionais de saúde durante o Tratamento Diretamente Observado;
	Procura pelo serviço de saúde quando tem dúvidas a respeito do tratamento;
Busca por ajuda se os sintomas piorassem.	

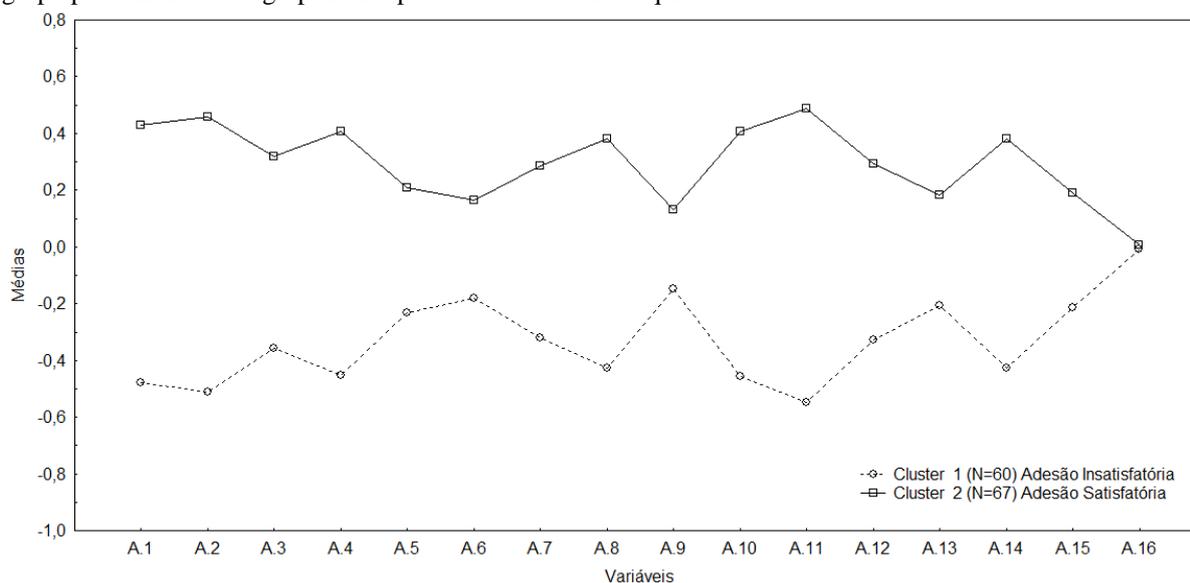
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da Análise de Agrupamento pelo método não hierárquico, formaram-se dois grupos cujas médias padronizadas das variáveis de adesão dos doentes de TB ao tratamento são apresentadas na Figura 1. Por estas médias, o grupo 2 foi classificado como satisfatório e envolveu 67 (52,8%) entrevistados.

Os grupos formados apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as médias na análise de variância, exceto em três variáveis. São elas: “ingesta do medicamento da TB conforme as orientações dos profissionais de saúde” ($p=0,052$), “identificação da melhora ou piora dos sintomas durante o tratamento” ($p=0,170$) e “participação de alguma atividade em grupo,

seja no serviço de saúde ou na comunidade”
($p=0,930$).

Figura 1. Distribuição das médias padronizadas das variáveis da adesão dos doentes de tuberculose em cada grupo pela Análise de Agrupamento pelo método não-hierárquico.



A.1 Conhecimento sobre a tuberculose; A.2 Conhecimento sobre o tratamento da tuberculose; A.3 Busca de informações sobre tuberculose em livros e/ou internet; A.4 Participação do doente nas decisões sobre o seu tratamento; A.5 Comparecimento às consultas; A.6 Faz uso dos remédios conforme as orientações dos profissionais de saúde; A.7 Evita parar de tomar os remédios da tuberculose; A.8 Busca por um serviço de saúde quando tem dúvidas a respeito do meu tratamento; A.9 Consegue identificar a melhora ou piora dos meus sintomas durante o tratamento; A.10 Sabe o que deve fazer se os meus sintomas piorarem; A.11 Consegue dedicar um tempo para o cuidado da sua saúde; A.12 Evita consumir cigarro; A.13 Evita consumir álcool; A.14 Incentiva os familiares a procurar o serviço de saúde para realizar exames da tuberculose; A.15 Busca apoio para continuar o tratamento da tuberculose; A.16 Busca participar de algum grupo de apoio.

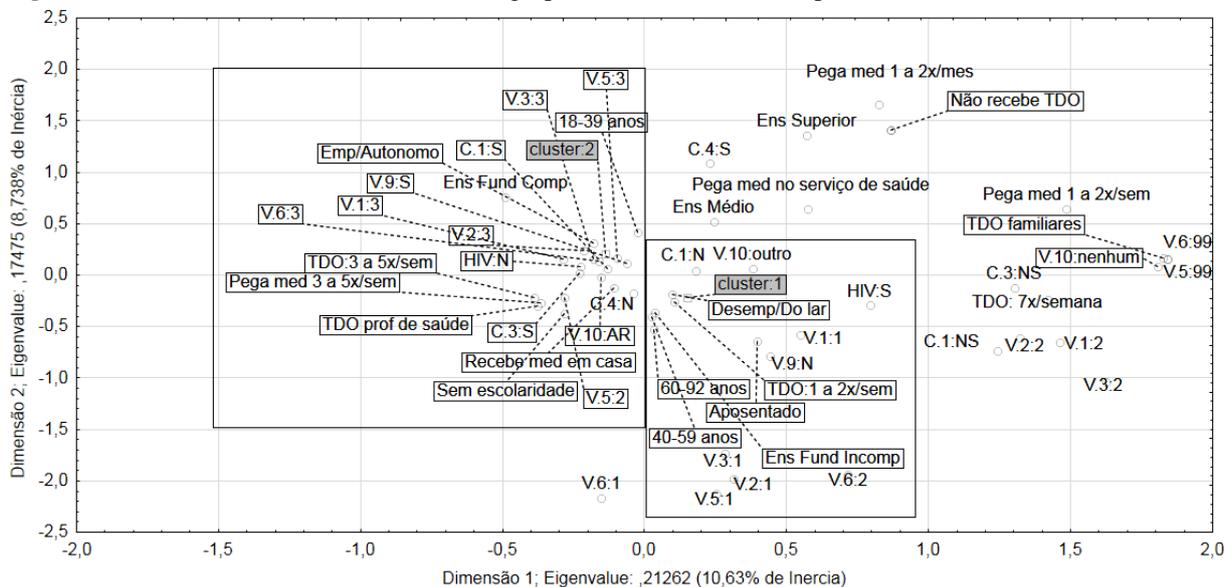
Na Figura 2, a variabilidade dos dados foi explicada por 10,63% na dimensão 1, e 8,74% na dimensão 2. Observou-se no grupo 2, Adesão Satisfatória, associação com adultos jovens (entre 18 a 39 anos), com vínculo empregatício (empregado ou autônomo), não coinfeção TB/HIV, recebiam TDO no domicílio de 3 a 5 vezes por semana, o doente se sentia compreendido pelos profissionais, tinha um profissional de referência, com tempo suficiente para atender e solucionar possíveis questionamentos, como a transmissibilidade da doença e tempo de tratamento, procurando informações no serviço de saúde que realizava o tratamento da TB. Enquanto que no grupo 1 (Adesão Insatisfatória) observou-se associação com adultos (maiores de 40 anos), sem atividade empregatícia (aposentado, desempregado, do lar), coinfectados TB/HIV e recebiam TDO de 1 a 2 vezes por semana.

Os pacientes associados às variáveis que se distanciaram dos grupos 1 e 2, no plano fatorial, possuíam maior nível de instrução (escolaridade de nível médio a superior), retiravam o medicamento no serviço de saúde, com maior espaçamento de tempo (de 1 a 2 vezes por semana ou mês), com supervisão da ingestão do medicamento realizado pelos familiares ou sob o regime auto administrado, buscavam por informações fora do serviço de saúde (como internet e livros), no entanto tais buscas pareciam não suprir o déficit de conhecimento, uma vez que estes pacientes não possuíam conhecimento sobre a doença e tempo de tratamento.

As variáveis não analisadas pela ACM pela baixa qualidade de respostas mostraram que os doentes de TB eram em sua maioria (62,2%) do sexo masculino, com predomínio (83,5%) da forma clínica pulmonar, ao mesmo tempo em que 54,3% não apresentavam comorbidades, sendo que destes 22% eram coinfectados

TB/HIV. Ou seja, esses aspectos não estavam associados aos grupos formados neste estudo, embora sejam concordantes com a literatura no que diz respeito ao perfil dos casos de TB^(5,6,8,11).

Figura 2. Plano fatorial entre as variáveis e os grupos de adesão, no município de Ribeirão Preto, 2012.



C.1 Conhecimento sobre a transmissibilidade da tuberculose de uma pessoa para outra; C.3 Conhecimento sobre o tempo de tratamento; C.4 Interesse em buscar informações fora do serviço de saúde; V.1 Profissional de referência que procura quando possui algum problema relacionado ao seu tratamento; V.2 Frequência pelo qual o doente de tuberculose é atendido pelo mesmo profissional de saúde durante as consultas médicas; V.3 Frequência com que o doente de tuberculose se sente compreendido pelos profissionais de saúde quando fala de seus problemas ou tem alguma queixa; V.5 - frequência com que é atendido pelos mesmos profissionais de saúde durante o tratamento diretamente observado; V.6 - frequência com que o tempo disponibilizado ao atendimento durante o tratamento diretamente observado é suficiente para falar sobre dúvidas e preocupações; V.9 Procura pelo serviço de saúde quando tem dúvidas sobre o seu tratamento; V.10 - lugar que buscaria ajuda se os sintomas piorassem. Categorias de resposta: 1- Nunca/quase nunca; 2- Às vezes; 3- sempre/quase sempre; N- Não; S- Sim; NS- Não sabe.

Para este estudo, o nível de escolaridade, sexo e forma clínica não foram aspectos que determinaram a adesão terapêutica. Além disso, verificou-se maior probabilidade de não adesão terapêutica entre os pacientes coinfectados com HIV, o que ocorre devido à elevada quantidade do medicamento para ingerir, interações medicamentosas e reações adversas⁽¹⁹⁾.

Assim como em outro estudo⁽¹⁹⁾, a ausência de vínculo empregatício é um determinante para a não adesão terapêutica. Acredita-se que o trabalho ajuda na recuperação e continuidade do tratamento, uma vez que o doente não quer perder o vínculo com o mesmo.

Diversos estudos^(5,6,11) apontam que os adultos jovens estão mais propensos a não adesão terapêutica da TB quando comparado com a população mais velha. Entretanto, neste estudo encontrou-se o contrário, sendo a adesão terapêutica desses adultos jovens justificada pela

maior frequência de realização do TDO pelos profissionais de saúde.

No município do estudo alguns aspectos são componentes em potencial para garantir a adesão terapêutica e a continuidade do tratamento da TB, tais como a realização do TDO e das baciloscopias de controle em domicílio, acompanhamento por equipes fixas e capacitadas que atuam em serviço especializado, como o Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Além disso, é oferecido suporte do serviço social, com fornecimento de incentivos como um litro de leite por semana, uma cesta básica por mês e vale transporte para consultas médicas. Ao mesmo tempo, ressalta-se a facilidade dos doentes de TB em contatar a equipe de saúde através do telefone ou comparecendo no serviço mesmo sem agendamento prévio para maiores esclarecimentos e em caso de intercorrências.

A relação interpessoal desenvolvida durante o TDO no domicílio torna-se um aspecto

facilitador para a adesão, pois nela é possível que haja o fortalecimento do vínculo entre doente-equipe de saúde, uma vez que demanda maior aproximação com a realidade/ contexto social permitindo o estabelecimento de prioridades e estratégias para uma abordagem integral e singular, com relações de escuta, diálogo e respeito, manifestado em atitudes baseadas no cuidado, confiança e familiaridade, fazendo-o se sentir seguro e participativo no cuidado a sua saúde^(8,20).

Nesse sentido, o doente passa a entender a importância do tratamento, reconhecendo que o profissional de saúde é um aliado na busca pelo seu bem-estar, passando a confiar e seguir as orientações feitas, na busca de conhecimento acerca da doença, soluções dos problemas e na melhoria dos serviços, as quais são tão essenciais quanto à supervisão da ingestão medicamentosa⁽⁶⁾.

Outro aspecto importante encontrado refere-se aos doentes, cujas variáveis se distanciaram dos grupos formados, que apesar de apresentarem um nível de escolaridade superior aos demais, possuíam um déficit de conhecimento sobre a transmissibilidade e tempo de tratamento, os quais podem interferir diretamente na continuidade do tratamento, uma vez que poderiam não reconhecer a gravidade da doença e a importância da cura, podendo interromper o tratamento na melhora dos sintomas e não o realizar de forma contínua^(3,7).

Dentre os aspectos que se apresentam como desafios para os serviços de saúde destacam-se o perfil dos doentes de TB, quanto à baixa escolaridade, residir em áreas de risco social ou na rua, ser usuário de álcool e drogas, como observado durante a coleta de dados. Para o doente, a dificuldade do vínculo com os profissionais de saúde refere-se à distância do serviço em relação a sua residência, uma vez que o atendimento é realizado em unidades distritais. No período deste estudo, algumas unidades apresentavam déficit no quadro de recursos humanos e o tratamento era direcionado para outras unidades.

Portanto, a adesão terapêutica da TB, mostrou a importância da confiança entre os usuários e equipe de saúde, com compartilhamento de conhecimento e informações entre ambos deve ser considerada como prioridade nos serviços de

saúde, principalmente no atendimento às condições crônicas, como a TB, cujo impacto é elevado e requer um modelo de atenção adequado para atender as necessidades da população em sua integralidade, uma vez que a maioria apresenta comorbidades, atinge indivíduos socialmente desfavorecidos e envolve um tratamento longo (mesmo na ausência de sintomas) geralmente com efeitos colaterais.

Como limitações deste estudo, reconhece-se a não localização dos doentes de TB considerados vulneráveis (principalmente os moradores de rua) e/ ou que estavam sob regime de internação em outro município (usuários de droga), os quais poderiam apontar aspectos essenciais e determinantes da não adesão terapêutica da TB em virtude das especificidades apresentadas a esses casos.

CONCLUSÕES

Os resultados mostram a importância de conhecer os aspectos (perfil dos doentes) associados à adesão terapêutica da TB (ser adulto, maior de 40 anos, sem vínculo empregatício, com baixo vínculo com o serviço de saúde), que poderiam nortear a oferta de TDO, orientações sistemáticas sobre a doença e tratamento, incentivos do Programa e exames, propiciando uma melhor organização da assistência aos doentes de TB, favorecendo a adesão terapêutica.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), número de processo 2013/15854-5, ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), Universal Edital nº 14/2010 (Processo 475907/2010-8), e ao ICOHRTA Training Program da Universidade de John Hopkins.

COLABORAÇÃO

Orfão concebeu, analisou e interpretou os dados. Andrade, Beraldo, Brunello, Scatena e Villa contribuíram na redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

ADHERENCE THERAPEUTIC TO THE TREATMENT OF TUBERCULOSIS IN A MUNICIPALITY OF THE SÃO PAULO STATE

ABSTRACT

The aim of this study was to identify and analyze factors associated with adherence therapeutic of tuberculosis in Ribeirão Preto - SP. The study population consisted of tuberculosis patients in treatment for three months or more, in the period 2011 to 2012. It was interviewed a sample of 127 patients, a total of 204, using a structured form into four blocks: Sociodemographic data, clinical and organization of assistance for patients in treatment; Measure of Adherence to Treatment of the Tuberculosis; Knowledge of patients about the disease and treatment; Bond with the healthcare staff. Data analysis was performed Cluster Analysis and Multiple Correspondence Analysis. Two groups of analysis were constructed whose standardized mean allowed the classification of group 2 as satisfactory and involved 67 (52.8%) respondents, consisting of young adults with employment, default TB/HIV coinfection, higher frequency of the Directly Observed Treatment in home, bond with the healthcare staff and knowledge about the disease. The level of education, sex and clinical presentation were not aspects that determined membership. Highlights the importance of knowing the profile of TB patients associated with adherence therapeutic, since they could guide the offer actions and incentives.

Keywords: Tuberculosis. Medication Adherence. Knowledge. Professional-Patient Relations.

ADHESIÓN TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN UN MUNICIPIO DEL ESTADO DE SÃO PAULO

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar y analizar los aspectos asociados a la adhesión terapéutica de la tuberculosis en el municipio de Ribeirão Preto – SP. La población del estudio fue constituida por enfermos de tuberculosis en tratamiento, durante tres meses o más, en el período de 2011 a 2012. Fue entrevistada una muestra de 127 pacientes, de un total de 204, utilizándose un formulario estructurado en cuatro bloques: Datos sociodemográficos, clínicos y de organización de la atención a los enfermos en tratamiento; Medida de Adhesión al Tratamiento de la Tuberculosis; Conocimiento por parte de los enfermos sobre la enfermedad y el tratamiento; Vínculo con el equipo de salud. Para el análisis de los datos se realizó el Análisis de Agrupamiento y el Análisis de Correspondencia Múltiple. Fueron construidos dos grupos de análisis cuyas medias estandarizadas permitieron la clasificación del grupo 2 como satisfactorio e involucró a 67 (52,8%) entrevistados, constituidos por adultos jóvenes, con vínculo laboral, ausencia de coinfección TB/VIH, mayor frecuencia de Tratamiento Directamente Observado en el domicilio, vínculo con el equipo de salud y conocimiento sobre la enfermedad. El nivel de escolaridad, sexo y forma clínica no fueron aspectos que determinaron la adhesión. Se destaca la importancia de conocer el perfil de los enfermos asociados a la adhesión terapéutica, una vez que podrían basar la oferta de acciones e incentivos.

Palabras clave: Tuberculosis. Adhesión a la Medicación. Conocimiento. Relaciones Profesional-Paciente.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Global Tuberculosis Control: report. Geneva: WHO, 2014.
- TB-WEB. Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose. [Acessado 2012 ago. 17]. Disponível em: URL: <http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp>. (Acesso restrito).
- Silva Junior DN, Silva YR, Silva AKV, Lima FAQ, Nascimento EGC. Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para tuberculose sob a ótica de usuários e familiares. Rev Univ Vale Rio Verde. 2014 Ago. / Dez.; 12(2): 676-694.
- Cruz MM, Cardoso GCP, Abreu DMF, Decotelli PV, Chrispim PP, Borenstein JS et al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2012; 20 (2): 217-224.
- Herrero MB, Ramos S, Arrossi S. Determinants of non-adherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment. Rev Bras Epidemiol. 2015 Abr/Jun; 18(2): 287-298.
- Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. Texto & Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 jul/set; 20(3): 599-606.
- Costa SM, Mendoza-Sassi RA, Teixeira TP, Leivas VA, César-Vaz MR. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(Supl. 1): 1427-1435.
- Ponce MAZ, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLSS, Scatena LM, Villa TCS. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. Rev. Latinoam. Enferm. 2011 set/out; 19(5):1222-1229.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva; WHO, 2003.
- Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. JAMA 2002; 288: 2868-2879.
- Alves RH, Reis DC, Viegas AM, Neves JAC, Almeida TAC. Epidemiologia da tuberculose no município de Contagem, Minas Gerais, Brasil, entre 2002 e 2011. Rev Epidemiol Controle Infecç. 2014; 4(2): 146-153.
- Orfão, NH. Adesão ao tratamento da tuberculose: conhecimento do doente e vínculo com os serviços de saúde. 2013. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Programa

de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo – USP. 2013.

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

13. Kaliyaperumal, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *AECS Illumination*. 2004; 4(1): 7-9.

14. Ferreira Júnior S, Oliveira HB, Marin-Léon L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(1): 100-113.

15. Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. *Int. J. Health Serv., Inglaterra*. 2001; 13(3): 545-566.

16. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: 2006.

17. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J. Bras. Pneumol*. 2009; 35(6):610-612.

18. Furlan MCR, Oliveira SP, Marcon SS. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(N Esp. 1):108-114.

19. Pinto ESG, Scatolin BE, Beraldo AA, Andrade RLP, Silva-Sobrinho RA, Villa TCS. O agente comunitário de saúde na detecção de casos de tuberculose. *Cienc Cuid Saude*. 2014 jul/set; 13(3):519-526.

Endereço para correspondência: Avenida dos Bandeirantes, 3.900, CEP 14.040-902. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Data de recebimento: 21/10/2014

Data de aprovação: 27/09/2015