

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
SERVIÇO SOCIAL**

MÂNICA DA SILVA LIMA

**O PERFIL DE PACIENTES QUE INTERNAM POR TUBERCULOSE EM UM
HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO BRASILEIRO**

Porto Alegre
2020

CIP - Catalogação na Publicação

Lima, Mônica da Silva
O Perfil de Pacientes que Internam por tuberculose
em um hospital público terciário brasileiro / Mônica
da Silva Lima. -- 2021.
27 f.
Orientadora: Mariur Gomes Beghetto.

Coorientador: André Luis da Silva.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Controle de Infecção
Hospitalar, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Tuberculose. 2. Controle de Infecção Hospitalar.
3. Internação Hospitalar. I. Beghetto, Mariur Gomes,
orient. II. da Silva, André Luis, coorient. III.
Título.

Mânica da Silva Lima

O perfil de pacientes que internam por tuberculose em um hospital público terciário brasileiro

Projeto de Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de especialista do Programa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar curso de pós-graduação *lato sensu* da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Orientadora: Dra. Mariur Gomes Beghetto

Co-orientador: Dr. André Luis da Silva

Porto Alegre

2020

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVOS.....	7
2.1. Objetivo geral	7
2.2. Objetivos específicos	7
3 REVISÃO DA	
LITERATURA.....	8
3.1 A tuberculose no mundo e no Brasil.....	8
3.2 Determinantes Sociais em Saúde.....	10
4 MÉTODO.....	12
4.1 Tipo de Estudo.....	12
4.2 Campo de Estudo.....	12
4.3 Público Alvo do Estudo.....	12
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	12
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	12
4.4 Coleta de dados.....	13
4.5 Análise Estatística.....	13
4.6 Aspectos Éticos.....	13
5.0 DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	6
6.0 CONSIDERAÇÕES.....	16
REFERÊNCIAS	17

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade, a tuberculose sempre esteve inserida em contextos que refletiam conjunturas políticas, sociais, culturais e comportamentais de uma época, destacando-se por ser uma epidemia onde os fatores de risco estão extremamente ligados à desigualdade social e empobrecimento (SANTOS,2018).

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa que afeta prioritariamente os pulmões, podendo também afetar outros órgãos e sistemas. É causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch. No Brasil a doença é reconhecida como um sério problema de saúde pública. Anualmente estima-se 70 mil novos casos por ano, sendo que destes, 4,5 mil registraram-se como óbito (BRASIL,2019).

O Rio Grande do Sul, em especial Porto Alegre, é uma das regiões mais acometidas pela doença, registrando-se em torno de 6500 casos novos por ano (BRASIL,2019).

Em vista da complexidade que abrange a tuberculose, dos seus fatores associados, e de todo contexto de saúde pública em que estamos vivendo, a presente pesquisa busca apresentar dados acerca do perfil do paciente adulto diagnosticado com tuberculose em um hospital público terciário brasileiro.

O presente estudo surgiu diante dos questionamentos da assistente social no espaço de formação em serviço do Programa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, componente da Residência Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Partindo-se do pressuposto de que uma série de fatores socialmente enraizados podem estar relacionados ao adoecimento por tuberculose.

Ainda fazem-se necessários estudos locais que retratem o perfil sociodemográfico e epidemiológico das pessoas com tuberculose, principalmente que aprofundem aspectos sociais, políticos e subjetivos nas quais estão inseridos

estes indivíduos.

Em estudos realizados incluindo pessoas atendidas pela Atenção Básica de Saúde em Belém (PA), constatou-se que maior parte dos infectados é do sexo masculino (62,3%), com idade entre 40 a 59 anos (42,6%) e nível de escolaridade de 10 a 12 anos de estudo (42,6%) (FRAZÃO, et al, 2017, p. 03). Já em Salvador (BA), com pacientes que estavam também sendo acompanhados pela Atenção Básica de Saúde, percebeu-se a mesma predominância de pessoas do sexo masculino (60,6%); porém, com a maioria possuindo escolaridade de até nove anos de estudo (63,0%) e predominância da raça/cor preta ou parda (92,6%) (ANDRADE, et al, 2019).

No que diz respeito à coinfeção por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), um estudo recente na cidade de Porto Alegre, mostra que prevalecem alguns dos dados citados em outros estudos, como o de Frazão (2017) e Andrade (2019). Foi o caso da baixa escolaridade (64%, sendo indicada como ≤ 7 anos) e da maioria masculina (65,6%). Em relação à raça/cor, os brancos eram mais prevalentes (56,15%) que pretos ou pardos (43,6%) (ROSSETO, et al, 2019).

O tratamento da tuberculose no Brasil é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da Atenção Primária de Saúde e tem duração mínima de seis meses (BRASIL,2019). A Atenção Primária, constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF), pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e pela Vigilância em Saúde (BRASIL,2020). É responsável por oferecer atendimentos de rotina, consultas com profissionais de diversas áreas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, nutrição,etc), vacinas, pré-natal, etc, além de diversas outras estratégias de promoção e prevenção da saúde (BRASIL,2019). No caso da tuberculose, o paciente recebe encaminhamento para retirada da medicação em um serviço especializado, onde contém uma farmácia distrital. Em algumas situações onde detectado risco, ou baixa adesão, poderá ser implementado Tratamento Diretamente Observado (TDO), na qual o paciente estabelece vínculo com o profissional que irá observar a ingestão da medicação pelo paciente, preferencialmente no domicílio. A observação pode ser feita inclusive por

profissional da Política de Assistência Social, desde que supervisionada por um profissional de saúde (BRASIL, 2019).

É também o SUS, o responsável por divulgar informações de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença (BRASIL, 2019). Porém, ainda há diversos casos que são diagnosticados apenas em estado mais avançado da doença, ou casos em que o paciente não aderiu corretamente ao tratamento. Estes aspectos, conforme Machado (2011), estão diretamente relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde básicos e, conseqüentemente, podem levar os indivíduos a acessar serviços de alta complexidade, como é o caso dos hospitais de Atenção Terciária. A Atenção Terciária à Saúde ou de alta complexidade, compõe um conjunto de ações em saúde, onde há uso de alta tecnologia com alto custo financeiro, cirurgias, procedimentos e terapias especializadas (BRASIL,2019).

Compreender os fatores e processos que levam à interrupção do tratamento, assim como seu diagnóstico tardio, deve fazer parte da elaboração de novas estratégias para a adesão ao tratamento da tuberculose. Conforme expressa Rabahi et al,p.472, 2017:

O tratamento da tuberculose permanece um desafio em função da necessidade de que, em sua abordagem, seja considerado o contexto da saúde do indivíduo e da saúde coletiva. Adicionalmente, as questões sociais e econômicas têm-se mostrado como variáveis a serem consideradas na efetividade do tratamento

Sendo assim, o conhecimento das variáveis presentes na vida dos indivíduos com maior risco de exposição à tuberculose, é de suma importância para a elaboração de estratégias de inserção destas pessoas aos serviços de saúde, assim como a interlocução de serviços intersetoriais, como os serviços da rede socioassistencial, que possam estar trabalhando diretamente com os aspectos sociais que cercam a tuberculose.

Uma vez que o processo de adoecimento das pessoas liga-se a questões não só de âmbito coletivo, mas também subjetivo. Conforme mostrado nos estudos de Frazão (2011), Andrade (2017) e Rosseto (2019), o perfil populacional tende a mudar conforme localização geográfica, distribuição de renda local, nível de escolaridade local, etc. Assim, faz-se necessário o conhecimento do perfil local,

para a elaboração de novas estratégias de tratamento.

Desta forma, esta pesquisa traz o seguinte problema de pesquisa: "Qual o perfil da população diagnosticada com tuberculose, que interna em um hospital público terciário brasileiro?".

2 OBJETIVOS

A seguir serão apresentados os objetivos desta pesquisa

2.1 Objetivo Geral:

Descrever as características dos adultos que internaram por diagnóstico de tuberculose, ou por suas complicações, e a taxa de abandono pré-hospitalar do tratamento de portadores de tuberculose em um hospital público terciário brasileiro.

2.2 Objetivos Específicos:

Caracterizar os pacientes adultos que internaram por diagnóstico de tuberculose, ou por suas complicações;

Descrever a taxa de abandono de tratamento pré-hospitalar;

Identificar os possíveis fatores relacionados à taxa de abandono do tratamento da tuberculose.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A tuberculose no mundo e no Brasil

É impossível traçar exatamente quando e como foi o surgimento da tuberculose, mas estima-se que a doença pode ter existido desde os tempos pré-históricos. A doença acompanhou a história da civilização humana, passando a ser vista como “castigo divino” por algumas civilizações. (REDE TB, 2015? apud Conde, 2002).

Com o surgimento da industrialização no século XVIII, houve um aumento considerável dos níveis de desigualdade entre a população. No século XIX, considerado o ápice da industrialização, aumentaram-se as condições de moradias insalubres, resultado do crescimento dos centros urbanos, onde os mais pobres viviam em aglomerados sem as mínimas condições de higiene, um fator chave para a infecção da tuberculose. Nesta época, o tratamento da doença era feito principalmente em sanatórios localizados geralmente em locais montanhosos, onde os pacientes ficavam isolados e em repouso absoluto (REDE TB,2015).

No Brasil, a tuberculose chegou junto aos colonos portugueses e disseminou-se principalmente entre as populações mais pobres. No século XIX a tuberculose era um dos principais causadores de morte e, sobre o tratamento da época, Procópio e Hijjar destacam:

A organização da luta contra a tuberculose no Brasil passa inicialmente, no final do século XIX, pelas *Santas Casas de Misericórdia* que albergavam os doentes, na sua maioria carentes. As Ligas Contra a Tuberculose que foram sendo criadas desde 1900 tiveram importante papel não governamental. Com o lançamento do "Plano de combate à Tuberculose no RJ" por Plácido Barbosa em 1917 e posteriormente, em 1920, a criação por Carlos Chagas da *Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose*, foram esboçadas as primeiras ações governamentais sistematizadas. Mas foi somente em 1941, com a criação do *Serviço Nacional de Tuberculose e da Campanha Nacional Contra a Tuberculose-CNCT* - que o Estado assume efetivamente as ações de controle. (PROCÓPIO; HIJJAR, 2006, s/p).

Atualmente, no Brasil, alguns programas e ações preocupam-se em evidenciar a importância do controle e combate da tuberculose. Destaca-se o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que em sua última publicação de 2018, traz dados epidemiológicos relevantes. De acordo com o documento do Plano, a tuberculose é a doença infecciosa que mais causa mortes

no mundo. Além disso, 87% dos seus casos ocorreram e ocorrem em 30 países, considerados pela Organização das Nações Unidas (ONU) como prioritários para o enfrentamento da tuberculose, e na qual o Brasil encontra-se na 20ª posição entre os mais afetados pela doença. Estes países, em sua maioria subdesenvolvidos, trazem características como alto índice de pobreza e subnutrição, além da falta de condições de moradia adequadas (BRASIL,2018).

Um importante dado sobre a tuberculose é que 10% dos casos ocorrem em pessoas que possuem o vírus HIV, o que caracteriza-se por coinfeção. De forma alarmante, o índice de coinfeção TB/HIV no estado do Rio Grande do Sul, é o mais alto do país (17%), sendo bastante alto em relação à estados como Bahia (6 %), Rio Grande do Norte (10%) e São Paulo (8,2%) (BRASIL, 2018), e tendo Porto Alegre como a cidade de maior taxa de coinfeção do país (25%) (ROSSETO, 2019). Conforme destacado por Rosseto:

Os processos de adoecimento por tuberculose/HIV/AIDS em Porto Alegre, ocorreram em cenários de extrema vulnerabilidade social, a qual apresentava estreita relação com a negação da cidadania e o não respeito às pessoas como sujeitos de direitos (ROSSETO, et al, 2019, p.03).

Além de portadores do HIV, que contam com 9,2 % dos casos novos, outras populações estão entre as mais infectadas pela tuberculose, conforme constam nos dados do PNCT (2018). Dentre as maiores taxas, encontram-se as pessoas privadas de liberdade (10,5%), as pessoas em situação de rua (2,5%), e a população indígena (1,1%). Destes, 20,5% dos casos são de coinfeção. Estes grupos de alta vulnerabilidade, além de maior risco para se infectar com a doença, também possuem dificuldades na adesão ao tratamento, devido, principalmente, às suas condições de exclusão social (BRASIL,2018). Além disso, os efeitos colaterais causados pelos medicamentos, são citados como motivos para o abandono de tratamento. Para Chirinos, Meirelles e Bousfield:

[...] evidenciou-se que quase todas as pessoas que vivenciaram o tratamento da tuberculose sofreram os efeitos colaterais dos medicamentos, representados por dor e ardor no estômago, náuseas, vômitos e dor generalizada em todo o corpo. Dessas, a maioria abandonou o tratamento (CHIRINOS, MEIRELLES e BOUSFIELD, 2015, p.210).

A falta de apoio social, resultado do medo de familiares e de pessoas do convívio dos infectados, de também serem infectados pela tuberculose, é uma justificativa citada na literatura para o abandono do tratamento (CHIRINOS,

MEIRELLES E BOUSFIELD, 2015). O longo tratamento para a tuberculose, faz com que a rede de apoio torne-se muito importante para estas pessoas, uma vez que o tratamento traz uma série de desconfortos, causados não só pelos efeitos colaterais dos medicamentos, mas também pelo próprio estigma que a doença carrega.

3.2 Determinantes Sociais em Saúde

Quando falamos em fatores de adoecimento, não estamos apenas falando de fatores biológicos, mas às diversas expressões da vida individual e coletiva, que de alguma forma influenciam no adoecimento de uma população. Para isto, usamos o conceito de Determinantes Sociais, como as condições e fatores de: trabalho, ambientais, culturais, sociais, econômicos, de alimentação e escolaridade (FIOCRUZ, s/p).

A partir disto, a Organização Mundial da Saúde, utiliza-se deste conceito, considerado conceito ampliado de saúde, por conter diversos fatores que influenciam na saúde dos indivíduos. Este conceito baseou-se, inicialmente, no modelo de Dahlgren e Whitehead (GARBOIS, 2017, apud Comissão para os Determinantes Sociais em Saúde, 2010), na qual os determinantes sociais da saúde são abordados em camadas, sendo elas: características individuais, apresentada como base para o modelo, seguido do estilo de vida dos indivíduos, após aparecem redes sociais e comunitárias, depois destacam-se os fatores relacionados com as condições de vida e trabalho dos indivíduos, assim como disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais como saúde e educação e, por último, são apresentados os aspectos macrodeterminantes, relacionados às condições socioeconômicas, ambientais e o processo de globalização (GARBOIS, 2017).

Segundo Garbois (2017), este modelo teria surgido baseado na noção de Determinação Social, conceito surgido no final da década de 1970, por uma corrente latino-americana, após um profundo questionamento do modelo biomédico da doença, conceituado até então como um fenômeno biológico individual. Segundo os argumentos, o modelo até então baseava-se em uma abordagem positivista, na qual interpretava o processo de adoecimento como a partir de uma perspectiva

“naturalizada” centrada na causalção linear e marcadamente biologicista, diferindo-se da compreensão estabelecida pela corrente latina, na qual fundou-se na recolocação da problemática da relação entre o processo social e o processo biológico (GARBOIS, 2017).

Atualmente a OMS adotou o modelo de Solar e Irwin, na qual as causas estruturais assumem posição de destaque (GARBOIS, 2017), sendo consideradas “base” para avaliar os demais determinantes sociais. Porém, os dois modelos recebem críticas por sua visão fragmentada da realidade, na qual a avaliação de “fatores” e “contextos”, adota uma perspectiva reducionista da realidade, e não considera os múltiplos processos socioeconômicos, culturais, ecobiológicos, etc, que se modificam e se transformam por cada sociedade e de acordo com os diferentes momentos históricos (GARBOIS, 2017).

Desta forma percebe-se que as diferenças entre “Determinantes Sociais” e “Determinação Social” é notável, uma vez que o conceito de “Determinação Social” utiliza o modo de produção capitalista e as relações sociais que advém deste modo de produção como base central para análise dos processos de adoecimento dos indivíduos (GARBOIS, 2017).

A atual fase de expansão capitalista, fez com que diversas invenções tecnológicas fossem criadas, produzindo-se também, novas formas de tratamento e cura para diversas doenças. Porém, ao mesmo tempo em que o modo de produção capitalista consegue sobressair-se em cenários científicos e tecnológicos, percebe-se que as raízes dos grandes problemas da sociedade continuam a se perpetuar e a se manifestar de diversas formas. Krein (2013), declara que as características do capitalismo contemporâneo são desfavoráveis aos trabalhadores, expondo-os a ambientes desfavoráveis, reduzindo seus direitos e expondo-os à desproteção social.

A tuberculose, pode ser facilmente identificada como doença ligada aos fatores sociais e econômicos, tornando o seu controle e combate algo muito mais desafiante do que apenas estabelecer um tratamento de cunho medicamentoso e terapêutico. Os estudos acerca dos determinantes sociais são relativamente recentes. Por outro lado, a epidemiologia iniciou seus estudos acerca dos determinantes sociais em meados da década de 70, compreendendo a necessidade que se tinha de conhecer o contexto social em que viviam as pessoas, e de relacionar com os seus fatores de adoecimento. Assim, foi sendo construído um

ramo da epidemiologia onde as condições sociais são analisadas como sendo parte do processo de saúde doença, conforme destaca Ramos:

A epidemiologia social ou crítica, tem como foco principal o estudo do modo pelo qual a sociedade e os diferentes modos de organização social influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos e dos grupos sociais, possibilitando a incorporação de suas experiências societárias, para a melhor compreensão de como, onde e porque se dão as desigualdades na saúde (RAMOS, 2016, p. 224).

Conforme Santos e Gerhardt (2008), através de uma revisão integrativa, boa parte dos estudos ainda relacionam a questão da saúde, com a ausência de doenças. Também segundo Santos e Gerhardt (2008), os indicadores que medem as desigualdades sociais nos estudos, ainda estão sendo relacionados à renda, limitando estes determinantes à fatores econômicos, e desconsiderando fatores como acesso à educação, acesso à saúde e previdência social.

Um outro determinante social de saúde que tende a crescer, conforme as inovações tecnológicas, é a falta de acesso aos meios digitais e a internet, uma vez que muitos serviços e informações estão cada vez mais sendo repassados através destes recursos, deixando muitas pessoas com falta de oportunidade de acesso a estas informações (FIOCRUZ, 2008).

Sendo assim, a importância do reconhecimento dos determinantes sociais nos processos de adoecimento da população, torna-se extremamente necessário para que se proponham medidas de intervenção que respeitem as especificidades de cada população, como é o caso dos pacientes com tuberculose.

4 MÉTODO

A seguir serão apresentados o delineamento, local de estudo, participantes, logística de coleta e análise de dados e aspectos éticos.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de temporalidade retrospectiva. Estes tipos de estudo segundo Hochman *et al* (2005,p.03):

“apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito.”

Este tipo de estudo tem como objetivo, organizar as informações sobre os pacientes atendidos através de dados que constam em serviços de informação.

4.2 Campo de Estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é uma instituição pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O HCPA, atualmente, possui 12 leitos de isolamento, que são utilizados para conter os microrganismos transmissíveis pelo ar. Estes leitos são utilizados para internação de pacientes com doenças transmitidas por aerossóis, como é o caso da tuberculose. Os leitos de isolamento encontram-se nas seguintes unidades de internação: 6ºSul (dois leitos), 8ºSul (dois leitos), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (dois leitos), Emergência Adulta (um leito), Unidade de Internação Pediátrica (um leito) e Centro de Terapia Intensiva (sete leitos), segundo informações extraídas do relatório de indicadores de processos de Janeiro de 2019, fornecida pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

4.3 Público Alvo do Estudo

Trata-se de uma amostra fixa dos dados de adultos (>18 anos) que internaram por tuberculose, ou por uma das suas complicações, entre 2014 e 2019, incluindo-se as admissões na emergência. Foi adotado este período, pois foi a partir de 2014 que a CCIH passou a registrar o número dos prontuários dos portadores de tuberculose em uma planilha eletrônica.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos os pacientes adultos (<18 anos), que internaram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre 2014 e 2019 por conta do diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera, ou por suas complicações, e que constam na planilha de dados da CCIH.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Portadores de tuberculose que internaram por outros motivos, tais como cirurgias eletivas, e pacientes que não ficaram internados, como os que passaram por ambulatórios ou que consultaram na emergência e permaneceram por menos de 24 horas.

4.4 Coleta de dados

A partir de um banco de dados existente na CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), foram identificados os pacientes com tuberculose. Esta tabela consiste em uma planilha eletrônica de controle, onde as informações de pacientes com tuberculose são digitadas a fim de gerar dados para que o Serviço de Medicina Ocupacional (SMO) identifique profissionais que estiveram expostos e em contato com a tuberculose.

Solicitou-se uma Query (relatório informatizado, utilizando como código chave os números dos prontuários e as datas de internação dos pacientes). As variáveis incluídas na Query foram: sexo, escolaridade, cor/raça, idade e estado civil. Para a solicitação das variáveis, foram incluídos os 285 números de prontuários de pacientes identificados no banco de dados da CCIH, internados nos períodos de 2014 e 2019.

Os prontuários destes pacientes foram revisados para identificação das seguintes variáveis: abandono de tratamento, coinfeção HIV/AIDS, situação de rua, uso de substâncias psicoativas (aqui foram consideradas, o álcool, o crack, a cocaína, a maconha, etc) e reinternação.

O abandono de tratamento, é explicitado durante as evoluções feitas nos prontuários dos pacientes por profissionais: médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, etc, e foram coletados para a verificação da taxa de

abandono. A Coinfecção HIV/AIDS/TB e uso de substâncias psicoativas também constam nas evoluções dos profissionais, assim como a informação de que o paciente encontrava-se em situação de rua. Conforme o Decreto N° 7.053 de 23 de Dezembro de 2009, é definida como população em situação de rua:

[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento

4.5 Análise Estatística

Os dados foram inicialmente coletados e armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2013. Após, foram analisados no software SPSS (versão 2.0), onde utilizou-se estatísticas descritivas. Os dados categóricos foram expressos por meio de frequência relativa e absoluta. A Idade foi expressa por meio de mediana e intervalo interquartil (percentil 25 – percentil 75). Conforme indicado, foi aplicado o teste de Mann Whitney e teste de Qui-quadrado, com e sem correção de Yates, para o cruzamento das variáveis abandono de tratamento, não abandono de tratamento, internação e reinternação com as demais variáveis.

4.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa atende às exigências do Código de Ética do/a Assistente Social (Lei 8.662/1993) e assegura total segurança aos participantes, atendendo a todas as exigências éticas conforme preconizado na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) a qual regulamenta a pesquisa em seres humanos. Também, utilizou-se o Termo de compromisso de utilização de dados, cuidando-se para que o sigilo das informações analisadas (nomes e outras informações pessoais) fossem omitidos de qualquer tipo de apresentação de resultados.

5.0 Resultados

Foram incluídos os dados de 285 prontuários oriundos da listagem da CCIH.

Destes, por meio do relatório fornecido (*Query*), 14 números de prontuários não foram encontrados no sistema, e 19 foram identificados como duplicados, restando 252 prontuários de pacientes.

Quanto às características dos pacientes, sua idade mediana foi 49 (P25: 37 – P75: 51) anos, eram predominantemente homens (63%), procedentes da capital (59,9%), autodeclarados como brancos (70,6%), solteiros (63,9%) e de baixa escolaridade, majoritariamente com ensino fundamental incompleto (49,6%). Mais de 1/3 dos pacientes apresentavam coinfeção pelo HIV (38,9%) e fazia uso de substâncias psicoativas (37,7%) como álcool, cocaína, crack e maconha. Alguns (n = 15) encontravam-se em situação de rua e 28,2% tiveram abandono de tratamento (Tabela 1).

Quando comparados os grupos de pacientes com abandono de tratamento (n = 71) ao grupo em que não houve abandono (n = 181) observou-se que os pacientes que abandonaram eram mais jovens (42 vs 54 anos; $p < 0,001$), não brancos ($p = 0,001$), solteiros (85,9% vs 55,2%), com coinfeção pelo HIV (83,1% vs 21,5%; $p < 0,001$), usuário de substâncias psicoativas (56,3% vs 30,4%; $p < 0,001$) e em situação de rua (18,3% vs 1,1%; $p < 0,001$). Resultados muito semelhantes foram identificados na comparação entre os pacientes que reinternaram (n = 71) e que não reinternaram (n = 181), com exceção da cor da pele negra que se mostrou mais frequente nos pacientes que reinternaram (33,8% vs 18,8%), mas não a cor parda. Adicionalmente, foi verificado que os pacientes que abandonaram o tratamento apresentaram mais reinternações (54,9% vs 17,7; $p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela I – Caracterização dos participantes do estudo e comparação entre pacientes com e sem abandono de tratamento e entre por meio de mediana e intervalo interquartil (percentil 25 – percentil 75) pacientes com e sem reinternação. Dados expressos por meio de números absolutos e proporções entre parênteses. Idade representada

	TODOS (N = 252)	Abandono (n = 71)	Não abandono (n = 181)	p	Reinternaç ão (n = 71)	Não Reinternaç ão (n = 181)	p
idade (em anos)	49 (37 – 51)	42 (37 – 51)	54 (36 – 67,5)	<0,001 ^M W	43 (32 – 53)	54 (38 – 67)	0,001 ^M W
sexo masculino	159 (63,1)	42 (59,2)	117 (64,6)	0,417	39 (54,9)	120 (66,3)	0,092
Procedência				0,132			0,378
- Porto Alegre	151 (59,9)	48 (67,6)	103 (56,9)		45 (63,4)	106 (58,6)	
- Região metropolitana	72 (28,6)	19 (26,8)	53 (29,3)		21 (29,6)	51 (28,2)	
- interior	29 (11,5)	4 (5,6)	25 (13,8)		5 (7,0)	24 (13,3)	
cor da pele referida				0,001 ^Y			0,045 ^Y
- branca	178 (70,6)	38 (53,5)	140 (77,3)		43 (60,6)	135 (74,6)	
- preta	58 (23)	26 (36,6)	32 (17,7)		24 (33,8)	34 (18,8)	
- parda	16 (6,3)	7 (9,9)	9 (5,0)		4 (5,6)	12 (6,6)	
Estado civil				<0,001 ^Y			<0,001
- solteiro	161 (63,9)	62 (85,9)	100 (55,2)		60 (84,5)	101 (55,8)	
- casado	63 (25)	8 (11,3)	55 (30,4)		10 (14,1)	53 (29,3)	
- divorciado	15 (6)	2 (2,8)	13 (7,2)		1 (1,4)	14 (7,7)	
- viúvo	13 (5,2)	0 (0)	13 (7,2)		0 (0)	13 (7,2)	

Escolaridade				0,441			0,267
- EF Incompleto	125 (49,6)	37 (52,1)	88 (48,6)		30 (42,3)	95 (52,5)	
- EF Completo	36 (14,3)	8 (11,3)	28 (15,5)		10 (14,1)	26 (14,4)	
- EM Incompleto	21 (8,3)	7 (9,9)	14 (7,7)		11 (15,5)	10 (5,5)	
- EM Completo	31 (12,3)	9 (12,7)	22 (12,2)		10 (14,1)	21 (11,6)	
- Superior	7 (2,8)	0 (0)	7 (3,9)		1 (1,4)	6 (3,3)	
- Ignorado	19 (7,5)	6 (8,5)	13 (7,2)		5 (7,0)	14 (7,7)	
- Nenhum	13 (5,2)	4 (5,6)	9 (5)		4 (5,6)	9 (5,0)	
Escolaridade agrupada				0,862			0,390
- Nenhum + EF incompleto	138 (54,8)	41 (57,7)	97 (53,6)		34 (47,9)	104 (57,5)	
- EF completo + EM incompleto	57 (22,6)	15 (21,1)	42 (23,2)		21 (29,6)	36 (19,9)	
- EM + superior	38 (15,1)	9 (12,7)	29 (16,0)		11 (15,5)	27 (14,9)	
- Ignorado	19 (7,5)	6 (8,5)	13 (7,2)		5 (7,0)	14 (7,7)	
Cor da pele agrupada				<0,001			0,028
- branca	178 (70,6)	38 (53,5)	140 (77,3)		43 (60,6)	135 (74,6)	
- não branca	74 (29,4)	33 (46,5)	41 (22,7)		28 (39,4)	46 (25,4)	
Coinfecção HIV	98 (38,9)	59 (83,1)	39 (21,5)	<0,001	49 (69,0)	49 (27,1)	<0,001
Uso de substâncias	95 (37,7)	40 (56,3)	55 (30,4)	<0,001	34 (47,9)	61 (33,7)	0,037
Situação de rua	15 (6,0)	13 (18,3)	2 (1,1)	<0,001 ^Y	10 (14,1)	5 (2,8)	0,002 ^Y
Abandono do tratamento	71 (28,2)	-	-	-	39 (54,9)	32 (17,7)	<0,001

LEGENDA: ^{MW}: teste de Mann Whitney; ^Y: teste de qui-quadrado com correção de Yates; EF: ensino fundamental; EM: ensino médio; HIV: vírus da imunodeficiência humana.

6.0 Discussão

No presente estudo, documentamos que os pacientes que internam por tuberculose, ou por suas complicações, em um hospital terciário do sul do Brasil caracterizam-se por serem jovens, homens, cuja cor da pele autorreferida é branca, solteiros, de baixa escolaridade. Um pouco mais de 1/3 deles era acometido concomitante pelo HIV (coinfecção) e usava substâncias psicoativas. A situação de rua esteve presente na amostra, assim como o abandono do tratamento. Fatores como menor idade, cor da pele não branca, ser solteiro, presença de coinfecção pelo HIV, uso de substâncias e encontrar-se em situação de rua foram associados ao abandono do tratamento e à reinternação hospitalar. O abandono do tratamento também foi associado à reinternação.

Os resultados deste estudo corroboram com os resultados encontrados por Soares *et al.* (2019), que realizou entrevistas com 42 pacientes cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cajazeiras (PB). Referente à idade dos pacientes, foi encontrada uma mediana de 42 anos, muito semelhante à encontrada no presente estudo (md=49). A baixa escolaridade também foi encontrada no estudo de Soares *et al.* (2019), porém identificada na metade dos pacientes, o que pode se justificar por conta do menor número de amostra, em relação ao atual estudo.

Com relação ao sexo dos pacientes, o presente estudo condiz com os achados no estudo de Soares *et al.* (2019) que identificou 73,8% como sendo do sexo masculino. Em um outro estudo recente, realizado por Matos *et al.* (2020), na qual foram obtidos dados de pacientes com tuberculose em um serviço especializado na cidade de Foz do Iguaçu (PR), também foi identificada uma maioria masculina, com 69% dos pacientes (Matos *et al.*, 2020). O mesmo foi demonstrado anteriormente no estudo de Frazão (2017), em Belém (PA), onde 62,3% dos pacientes eram homens. Assim, supõe-se que homens sejam mais acometidos pela tuberculose, o que segundo Silva *et al.* (2017), pode estar associado a hábitos de vida (exposição às condições de trabalho precárias, uso de álcool, etc), e o fato de mulheres terem maior cuidado com a saúde.

Em relação a etnia dos pesquisados, houve uma predominância de brancos.

Assim como é realizado com as pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o item raça/cor é autodeclarado nos cadastros hospitalares. Sendo assim, os resultados desta pesquisa condizem com os resultados divulgados pelo IBGE, que mostram que a população do Rio Grande do Sul, majoritariamente (79,7%) se autodeclara como branca (IBGE, 2019). Em um estudo realizado por Perunhype *et al* (2014) em Porto Alegre, os resultados mostraram a incidência de uma maioria branca (65,5%), o que segundo os autores pode estar relacionado à colonização europeia na região. Porém, em relação ao abandono de tratamento e a reinternação, o atual estudo demonstrou que pretos e pardos abandonam mais e que pretos possuem maior número de reinternações.

Ainda com relação ao abandono de tratamento, conforme os resultados acima, foi observado como relacionado a aspectos sociais como: idade jovem, cor da pele não branca, uso de substâncias psicoativas, falta de suporte familiar e baixa escolaridade. Assim como no presente estudo, o estudo de Giroti *et al* (2010), realizado em Londrina (PR), onde foram extraídos dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), também encontrou associação da idade e baixa escolaridade ao abandono de tratamento. Porém, diferente do atual estudo, onde foi demonstrado que pretos e pardos abandonam mais o tratamento, os participantes do estudo de Giroti *et al* (2010) eram majoritariamente brancos, o que a autora supõe ser por conta do perfil do município, mas que não pode ser justificado neste estudo, pois o Rio Grande do Sul também possui maioria da população autodeclarada branca. Deve-se considerar que estamos falando de perfis diferentes, enquanto Giroti *et al* (2010), utilizou dados do SINAN, de pacientes que estavam sendo atendidos pela atenção básica, o presente estudo analisou o perfil de pacientes que já estavam em situação de internação hospitalar, o que pode ser influenciado por outros determinantes, como acesso aos serviços públicos de saúde.

Observou-se que pessoas solteiras abandonam mais o tratamento, o que pode relacionar-se com a falta de suporte familiar. Em um estudo qualitativo desenvolvido por Rocha *et al* (2011), o suporte familiar foi identificado como um fator de motivação para o seguimento do tratamento da tuberculose. A coinfeção mostrou-se relacionada ao abandono de tratamento. Conforme Rossetto (2019), o duplo diagnóstico das doenças está diretamente relacionado com a má adesão e

abandono de tratamento. A região sul é a com o maior percentual de casos de coinfeção HIV/TB, sendo Porto Alegre a principal capital da região, também a com maior índice de HIV e segunda com maior índice de tuberculose do país, constituindo-se a coinfeção HIV/TB, uma grande questão de saúde pública no estado, o que fez com que testes rápidos para detecção do HIV fossem preconizados pelo Ministério da Saúde como obrigatórios em pacientes diagnosticados com tuberculose (Rossetto, 2019).

O uso de substâncias, apontado no presente estudo como associado ao abandono de tratamento, supõe que o consumo excessivo de álcool e/ou outras drogas, dificulta na organização para o tratamento, e pode inclusive inibir os efeitos dos medicamentos (JUSTO, et al, 2018). Em relação ao consumo de crack, que também foi observado durante a coleta, sabe-se do impacto social causado por esta substância, estando ela diretamente ligada à fatores sociais, como violência, violação de direitos, maior exposição às relações sexualmente desprotegidas e conseqüentemente maior exposição a doenças infecto contagiosas (Carvalho e Seibel, 2019).

Em relação às pessoas em situação de rua. O uso de álcool e outras substâncias, a falta de higiene adequada e desnutrição, estão dentre os fatores que fazem com que esta população esteja 48 à 67 vezes mais suscetível ao adoecimento por tuberculose do que a população em geral (Monroe, *et al*, 2018). Além disso, podem relacionar-se com o abandono de tratamento dessas pessoas, aumentando assim o número de reinternações em hospitais de alta complexidade.

Os possíveis fatores que levaram à reinternação dos pacientes, são os mesmos encontrados na associação com o abandono de tratamento. Estas duas variáveis também mostraram-se associadas, o que se supõe que os pacientes que abandonam o tratamento, chegam a um estado avançado da doença, acessando diretamente os serviços de alta complexidade. Também é importante destacar, conforme Machado (2011), que a dificuldade de acessar os serviços da atenção básica, faz com que os pacientes procurem as emergências hospitalares.

Assim como outros estudos, o caráter retrospectivo do nosso delineamento impõe algum grau de limitação. A falta de registro de pacientes na base que originou a listagem inicial dos mesmos, na CCIH, pode ser um exemplo. Além disso, não

consideramos modificações sociais e na própria estrutura da cidade na atenção ao paciente com tuberculose, ao longo dos anos, que pode ter se modificado. Ainda assim, os dados históricos levantados por nós podem fornecer pistas para construção de políticas de atenção, dirigidas a esse perfil de pacientes que mais hospitalizam, mais abandonam o tratamento, e mais reinternam. Afirma-se isso, visto que a equidade é um dos princípios do SUS, sustentando a identificação de características que permitam manejos diferentes, para diferentes demandas, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Os resultados aqui apresentados, por exemplo, podem direcionar a integralidade da atenção aos pacientes com tuberculose, especialmente para os portadores dos múltiplos fatores apontados como de risco para o abandono de tratamento, e para a reinternação hospitalar, desta forma convergindo com o princípio do Sistema de Saúde antes citado.

7.0 Considerações

Pode-se concluir com a pesquisa, que a tuberculose está relacionada a fatores sociais, como baixa escolaridade, cor da pele, situação de rua, uso de substâncias, e clínicos como a coinfeção HIV. Considerando as taxas do Brasil, a tuberculose no país constitui-se um problema de saúde pública, e sua prevalência em populações empobrecidas demonstra a necessidade de estratégias e programas que atendam com foco na prevenção e integralidade do atendimento destas populações, fazendo um diálogo entre as políticas sociais existentes, uma vez que se complementam.

No âmbito do atendimento em hospitais terciários, verifica-se a necessidade de atendimento multiprofissional em saúde, uma vez que o perfil de pacientes com tuberculose demonstra demandas de diferentes aspectos. Estes pacientes internam em grande maioria pela emergência, já em estado avançado da doença, o que também evidencia necessidade de melhores estratégias de prevenção e tratamento no campo da atenção básica, propiciando o diagnóstico precoce e assim evitando a superlotação das emergências hospitalares.

Durante minha prática como assistente social residente no programa Controle

de Infecção Hospitalar, diversas vezes tive contato com o perfil de pacientes identificados no estudo. Muitos destes pacientes, já conhecem os serviços especializados para o tratamento da tuberculose, porém possuem dificuldade de vinculação com estes serviços. Ainda falta para as instituições, em especial os hospitais de alta complexidade, a leitura da conjuntura social e do contexto em que estes sujeitos estão inseridos. A percepção acerca dos determinantes sociais precisa ser trabalhada no cotidiano dos profissionais de saúde, para que deixe de ser reclusa somente às produções acadêmicas e para que estratégias concretas possam ser materializadas através das práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Kaio Vinicius Freitas de, et al. **Associação entre desfecho do tratamento, características sociodemográficas e benefícios sociais recebidos por indivíduos com tuberculose em Salvador, BA.** *Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 28, n. 2, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. CGPNCT/DEVIT. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília, DF. Fev. 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/19/APRES-PADRAO-JAN-2018-REDUZIDA.pdf>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Brasília, DF. Disponível em : <<http://www.saude.mg.gov.br/sus> >. Acesso em: 05 de Janeiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Tuberculose: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose> >. Acesso em: 05 de Janeiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Paraná. Tuberculose. Bras > <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Tuberculose#>

_____. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CASAPS). Brasília, DF, 2020. Disponível em: >http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em 04 de Janeiro de 2021.

CARVALHO, Heráclito Barbosa de; SEIBEL, Sérgio Dário. **Crack Cocaine use and its relationship with violence and HIV.** *Clinics* vol.64 n.9, São Paulo, 2009.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Horner Schlindwein; BOUSFIELD, Andréa Bárbara Silva. **Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento.** *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Porto Alegre, v. 36, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500207>. Acesso em: 17 de Setembro de 2019.

DECRETO, Nº 7.053 de 23 de Dezembro, **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de**

Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 23 de dezembro de 2009.

FRAZÃO, Andréa das Graças Ferreira; et al. **Hábito alimentar e perfil sociodemográfico de pacientes com tuberculose pulmonar.** *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v.7, n. 4,out. 2017.

FIGUEIREDO, Tânia Maria Monteiro de; et al. **Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose.** *Rev Rene*, Fortaleza, v. 12, (n esp), p. 1028-35, 2011.

FIOCRUZ. **Pense SUS. Determinantes Sociais.** Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>. Acesso em: 14 de Setembro de 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **As Causas das Iniquidades em Saúde no Brasil.** *Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.* Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2008.

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira; et al. **Perfil dos Pacientes com Tuberculose e os fatores Associados ao Abandono do Tratamento.** *Cogitare Enferm*, Londrina, v. 15, n. p. 2, 271-7, 2010.

HIJJAIR, Miguel. A.; PROCÓPIO, Maria José. **Tuberculose - Epidemiologia e controle no Brasil.** *Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences.* Rio de Janeiro, v. 5, n. 2. Jun./Dez. 2006.

HOCHMAN, Bernardo; et al. **Desenhos de pesquisa.** *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, Vol 20, n. 2, 2005.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2019. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2019. Rio de Janeiro: IBGE.

JUSTO, Mariel Tobel; et al. **Associação entre tuberculose e consumo de drogas lícitas e ilícitas.** *Enfermagem Brasil*. V.5, n.17, 2018.

KREIN, José Dari. **O capitalismo contemporâneo e a saúde do trabalhador.** *Rev. bras. Saúde ocup.* v.38 n.128: 179-198, São Paulo, 2013.

MADEIRA, Zelma; GOMES, Daiane Daíne de Oliveira. **Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo.** *Soc. Soc.* n. 133;set./dez. 2018.

MACHADO, Audry Cristina de Fátima Teixeira, et al. **Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro.** *J Bras Pneumol.* 2011;37(4):512-520

MATOS, Thainara Camilo; et al. **Tuberculose: perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico.** *Rev. Interdisciplinar Centro Universitário Uninovafapi.* *Rev Interd.* v. 13, n.2020

MONROE, Aline Aparecida; *et al.* **O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. V.26; São Paulo, 2018.

PERUHYPE, Riarianne Carvalho; *et al.* **Distribuição da tuberculose em Porto Alegre: análise da magnitude e coinfeção tuberculose-HIV.** Rev. esc. enferm. USP vol.48 no.6 São Paulo Dec. 2014

Ranking IDMH Municípios 2010. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.**2020.Disponível em <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>< Acesso em: 30 de Dezembro de 2020.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS EM TUBERCULOSE. **História da tuberculose.** Disponível em: <<https://redetb.org.br/historia-da-tuberculose/>>. Acesso em: 12 de Setembro de 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **A Tuberculose no RS: Situação Epidemiológica/dados.** Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/a-tuberculose-no-rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 25 de Setembro de 2019.

RAMOS, Francisco Lúzio de Paula; *et al.* **As Contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas.** *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Pará, n.7, 2016.

ROCHA, Danúzia da Silva; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.1, p.232-245, 2012.

ROSSETO Maíra; *et al.* **Coinfeção tuberculose/HIV/aids em Porto Alegre, RS - Invisibilidade e silenciamento dos grupos mais afetados.** *Revista Gaúcha de Enfermagem.* n. 40, 2019.

_____. **Perfil Epidemiológico dos casos de tuberculose com coinfeção HIV em Porto Alegre BR.** *Revista Brasileira de Enfermagem.* v.72, n.5, 2019

SANTOS, Janine Nascimento dos; *et al.* **Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2001-2014.** *Revista Epidemiol. Serv. Saúde*, V.27,n.3,2018.

SANTOS, Daniel Labernarde dos; GERHARDT, Tatiana Engel. **Desigualdades Sociais e Saúde no Brasil: produção científica.** *Rev. Gaúcha de Enferm;*v.29, n.01, Porto Alegre, 2018.

SOARES, Mayara das Chagas; *et al.* **Perfil sociodemográfico de indivíduos diagnosticados com tuberculose.** *Revista Interdisciplinar em Violência em Saúde.* V.2, n.1.Paraíba,2019.

SILVA, Tereza Cristina; et al. **Fatores associados ao retratamento da tuberculose nos municípios prioritários do Maranhão, Brasil.** *Rev. Ciênc. saúde coletiva*, vol.22, n.12, 2017.