

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

MAURÍCIO T. M. MARTINS

**ADESÃO TERAPÊUTICA DE PESSOAS COM TUBERCULOSE E
VULNERABILIDADE SOCIAL: REVISÃO DA LITERATURA**

**Porto Alegre
Agosto, 2018**

MAURÍCIO T. M. MARTINS

**ADESÃO TERAPÊUTICA DE PESSOAS COM TUBERCULOSE E
VULNERABILIDADE SOCIAL: REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina TCC II, do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Boer Possa

PORTO ALEGRE

2018

MAURÍCIO T. M. MARTINS

**ADESÃO TERAPÊUTICA DE PESSOAS COM TUBERCULOSE E
VULNERABILIDADE SOCIAL: REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Frederico Viana Machado

Ms. Carlos Rodrigues Morrudo

Orientadora - Profa. Dra. Lisiane Boer Possa – UFRGS

RESUMO

Este estudo teve por objetivo mapear a produção científica recente que apresente como temática a adesão ao tratamento à tuberculose correlacionado as vulnerabilidades sociais. Para tanto, utilizou-se de revisão integrativa de literatura, no período de 2010 a 2018. Em um primeiro momento as buscas realizadas resultaram em 1.194 artigos, sendo que após a seleção com base no período proposto e idioma, teve-se um total de 137 pesquisas, a partir da análise criteriosa do material disponível, foram excluídos os artigos repetidos, fora do período proposto e os que não correspondiam à questão de pesquisa, restando 13 estudos. Para uma melhor discussão dos artigos selecionados, dividiu-se em duas categorias de assuntos: abandono do tratamento de tuberculose associada às vulnerabilidades sociais e estratégias e ações de saúde, individuais e coletivas no enfrentamento da tuberculose. Diante das pesquisas aqui relatadas, a vulnerabilidade social é um dos principais aspectos relacionados tanto a contrair tuberculose, como também a falta de adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose. Adesão ao tratamento. Vulnerabilidade social.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 TEMA E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	8
3 OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivo Geral.....	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4 METODOLOGIA	13
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
5.1 Abandono do tratamento de tuberculose associada as vulnerabilidades sociais	20
5.2 Estratégias e ações de saúde, individuais e coletivas no enfrentamento da tuberculose.....	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose continua sendo um importante problema de saúde pública, fazendo com que houvesse o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, levando em consideração aspectos de saúde pública além de humanitários e econômicos (MS, 2011a).

Mesmo havendo progressos no combate a esta doença, o Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em razão de estar inserido no grupo que compreende 80% do índice mundial de Tuberculose. É o único país das Américas, priorizado pela OMS, e representa 33% da carga de TB nas Américas. O Brasil está na 19ª posição (já tendo ocupado a 14ª em 2004) tendo um total de 71.700 casos novos da doença notificados em 2009, exibindo um índice de casos de 37 por cada grupo de 100 mil habitantes. Observa-se que desde 1990, esta incidência apresenta uma queda de 26%, representando aproximadamente 1,4% ao ano (MS, 2011b).

Apesar da queda, calcula-se que aconteçam 129.000 casos por ano, sendo que somente 90.000 são notificados. Já em 1998, o índice de mortalidade era de 3,5 por 100.000 habitantes. Porém, acredita-se que esses índices, não representam a realidade do Brasil, pois segundo dados do Ministério da Saúde muitos dos doentes não são diagnosticados e, também não registrados oficialmente. O agravo atinge todos os grupos etários, com maior preponderância nos indivíduos economicamente ativos (15-54 anos) e do sexo masculino (MS, 2011b).

Em 2016, 67 mil pessoas adoeceram com tuberculose, 4,5 mil homens, mulheres e crianças morreram de tuberculose em 2015, 6,2 mil pessoas vivendo com HIV desenvolveram tuberculose e 1.044 pessoas desenvolveram tuberculose droga resistente. Ressalta-se ainda, que em 2015, apenas 68,9% dos casos novos de tuberculose foram submetidos à testagem para HIV. Os resultados da testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose revelaram 9,7% de pessoas com a coinfeção TB-HIV no Brasil. A região Sul destacou-se por apresentar o maior percentual de coinfectados (17,3%). (BRASIL, 2016).

São dados preocupantes, que apontam para a necessidade de ações em busca de soluções e melhoria de índices. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, tem como objetivo a redução da morbidade e da transmissão da TB (BRASIL, 2016).

No Rio Grande do Sul, para cada 100 mil habitantes 44 têm tuberculose. Porto Alegre está entre as capitais brasileiras com maior incidência da doença. Em 2013, foram diagnosticados 1.470 novos casos, 47 resultaram em óbito, colocando a Capital em segundo lugar no ranking brasileiro (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2018) um dos principais fatores que levam as pessoas infectadas à morte, é o abandono do tratamento. A tuberculose é curável, desde que devidamente diagnosticada e tratada. O tratamento integral, que dura seis meses, é fornecido gratuitamente na rede pública de saúde.

Em relação ao Rio Grande do Sul, o índice de mortalidade, tendo a tuberculose como causa principal, foi de 2,61 óbitos por 100.000 habitantes no ano de 2015 e 2,22 no ano de 2016. Este índice equivale a 294 óbitos em 2015 e 251 óbitos em 2016. Neste período, aproximadamente 40 pacientes, do total de óbitos, eram coinfectados por HIV. Comparado ao Brasil, tem-se um índice de mortalidade por tuberculose maior da média do País. Neste cenário, é importante o trabalho do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), bem como dos setores de vigilância epidemiológicas municipais e estaduais, buscando diminuir o risco de superestimar o índice de mortalidade em relação aos outros estados. No ano de 2017, houve 5.031 casos novos de tuberculose no Rio Grande do Sul, com 6.944 casos no total (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em 2009, redefiniu critérios para estabelecer municípios chamados de prioritários buscando intensificar as ações no que se refere ao controle da tuberculose no Brasil. No Rio Grande do Sul há 15 municípios que atendem esses critérios, sendo eles: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Uruguaiana e Viamão. Somados a Caxias do Sul e Esteio (considerados prioritários para HIV com índice preocupante em relação a tuberculose) e Charqueadas (cidade com índice representativo em função da

presença de várias unidades prisionais), estes municípios compreendem mais de 70% da carga de tuberculose no Estado (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose uma emergência mundial e passou a indicar a estratégia DOTS, que tem a origem do inglês *Directly Observed Therapy* (DOT), como resposta mundial buscando o controle da doença (MS, 2011a).

A estratégia DOTS, tem sido relatada como uma estratégia fundamental para assegurar a cura do doente. É baseada em um conjunto de boas práticas para o controle da tuberculose que inclui a supervisão em relação a ingestão da medicação, apoio ao paciente e monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso (MS, 2011a).

Para o Ministério da Saúde (2011a) o TDO (Tratamento Diretamente Observado) é considerado fundamental para a estratégia DOTS que busca a consolidação da adesão do paciente ao tratamento, e principalmente à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, diminuindo os casos de abandono e aumentando a possibilidade de cura. A implementação destas estratégias, em especial para os grupos populacionais vulneráveis, é uma questão relevante para a qualificação do cuidado e para a diminuição de morbidade e mortalidade por tuberculose no Brasil e é o tema deste trabalho de conclusão de curso conforme detalhado a seguir.

2 TEMA E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O tema desta pesquisa é atenção as pessoas com tuberculose. De acordo com a literatura tem-se observado, problemas de implantação e/ou implementação da estratégia DOTS variando de região, de Estado, de cidades e mesmo entre uma ou outra área de abrangência (VILLA et al., 2008). Entre um dos aspectos fundamentais desta estratégia está a questão da adesão ao tratamento que, correlacionada as vulnerabilidades sociais, é a linha temática da pesquisa proposta.

Quando trata-se de vulnerabilidade social, aqui relaciona-se a questão da tuberculose, onde busca-se descrever que esta vulnerabilidade é determinada por condições cognitivas, ou seja, acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção, do comportamentais que relaciona-se a desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade, e ainda as sociais, que trata do acesso à recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção (BERTOLOZZI et al., 2009).

Já o social integra a dimensão do adoecimento, utilizando-se de indicadores que detectam as características da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação, incluindo-se os custos com serviços sociais e de saúde. Esta extensão inclui o ciclo de vida, a mobilidade social e a identidade social. neste cenário, fazem parte as características do espaço social, as normas sociais vigentes, as normas institucionais, as relações de gênero, as iniquidades, entre outros aspectos (LERMEN; FISHER, 2010).

Ou seja, na essência do conceito de vulnerabilidade depara-se com a capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o seu enfrentamento, assim, “a dimensão individual inclui a trajetória social, compreendendo as subjetividades, os projetos de vida, a percepção em relação ao futuro”. Também estão inclusos a representação “subjetiva que se tem do outro e a percepção da utilização de práticas saudáveis de vida”. Abrange a percepção subjetiva das normas, como a interpretação pessoal e expectativa de punição, entre outros aspectos (MONTEIRO, 2012, p. 33).

A vulnerabilidade social, assim compreendida, pressupõe um conjunto de características, de recursos materiais ou simbólicos e de habilidades inerentes a indivíduos ou grupos, que podem ser insuficientes ou inadequados para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade. Assim, essa relação irá determinar maior ou menor grau de deterioração de qualidade de vida dos sujeitos (MONTEIRO, 2012).

Ainda segundo Sánchez e Bertolozzi (2012), a vulnerabilidade às doenças e situações atribuladas da vida divide-se de maneira diferente de acordo com os indivíduos, regiões e grupos sociais, e relaciona-se com pobreza, crises econômicas e o nível educacional.

O propósito desse trabalho é identificar as diferentes estratégias e os resultados das ações de saúde no tratamento da tuberculose em pacientes com vulnerabilidade social. Pretende-se mapear a produção científica sobre a implementação de iniciativas, em especial identificar o quanto as abordagens de adesão ao tratamento consideram a vulnerabilidade social, os aspectos familiares, e o trabalho de equipe multidisciplinar e em rede, que vão desde o Agente Comunitário de Saúde, passando pelo atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e os Hospitais de referência.

Segundo a OMS, a tuberculose mostra-se na atualidade como uma emergência global; sendo que nos últimos anos, o Brasil tem registrado um índice de incidência em torno de 50/100 mil habitantes (WHO, 2015). O aumento do número de infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) contribui para o aumento dos episódios de tuberculose; tornando-se um desafio que exige uma maior eficiência e urgência no controle.

Existem vários fatores que beneficiam a manutenção da endemia tuberculosa, destacando-se a primazia de fontes de infecção, o número de indivíduos infectados e a possibilidade da infecção nessas pessoas evoluírem para o estado de doença, sendo que muitos fatores decisivos associam-se as condições sociais e econômicas da população, cuja alteração acontece de forma lenta, o que justifica as altas taxas de incidência, mesmo havendo eficácia dos meios disponíveis para o diagnóstico e tratamento, onde pode-se citar o alto índice da tuberculose nos bolsões de pobreza das cidades com maior população, o que evidencia como os aspectos sociais interferem no comportamento dessa doença.

Segundo o Ministério da Saúde, o problema da tuberculose é reflexo do estágio de desenvolvimento social, marcado por determinantes como pobreza, más condições sanitárias, alta densidade populacional, lacunas e fraquezas na organização do sistema de saúde, como também deficiências de gestão que geram a limitação do uso de tecnologias e, conseqüentemente, restringem a queda sustentada da incidência da doença (MS, 2007).

Considerando o aspecto social da tuberculose percebe-se a relevância do tratamento desenvolvido por uma equipe multiprofissional com o objetivo de atender as diferentes necessidades do usuário fornecendo-lhe acolhimento, resolutividade, assistência social e privacidade mediante uma assistência ampliada e humanizada, resultando em determinante facilitador para a adesão ao tratamento da tuberculose.

Apesar da determinação social da tuberculose ser conhecida, os enfoques utilizados historicamente pelas pesquisas e programas de controle mostram-se insuficientes para controlar a doença. Porém, com o desenvolvimento de programas governamentais específicos, volta o interesse em investigar as áreas mais necessárias de intervenção que possam intervir na redução das desigualdades sociais e, conseqüentemente, na queda mais eficiente dos indicadores epidemiológicos da tuberculose.

Sabe-se que o abandono do tratamento da tuberculose é um problema grave devido a permanência do indivíduo no convívio familiar e comunitário eliminando bacilos que contaminarão outros, mantendo a cadeia de transmissão da tuberculose.

A maior parte das pessoas possuem TB da forma pulmonar, estão na grande maioria em situação de vulnerabilidade social, maiores de idade, analfabetos ou baixa escolaridade com investigação de fatores de risco social e interações familiares, relação com profissionais de saúde e conhecimento das implicações e conseqüências da tuberculose.

Desta forma, investigar a produção de conhecimento a cerca da diminuição do abandono do tratamento, considerando a vulnerabilidade social, constitui-se em temática relevante para alcançar os objetivos estabelecidos para o enfrentamento desta doença.

Os dados levantados permitirão a identificação de estudos que esclareçam a relação das condições de vida e trabalho com a tuberculose, e como elas tem sido considerada para qualificar a adesão ao tratamento, de forma a aprimorar e expandir as políticas públicas, desafiando os serviços de vigilância em saúde a reverem as práticas instituídas, ampliando e diversificando técnicas de informações e de intervenções sobre os determinantes da saúde-doença. A questão central deste estudo é: Como tem sido tratado o tema da adesão ao tratamento de tuberculose em relação às vulnerabilidades sociais na literatura nacional recente?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Mapear a produção científica recente que apresente como temática a adesão ao tratamento à tuberculose correlacionado as vulnerabilidades sociais.

3.2 Objetivos Específicos

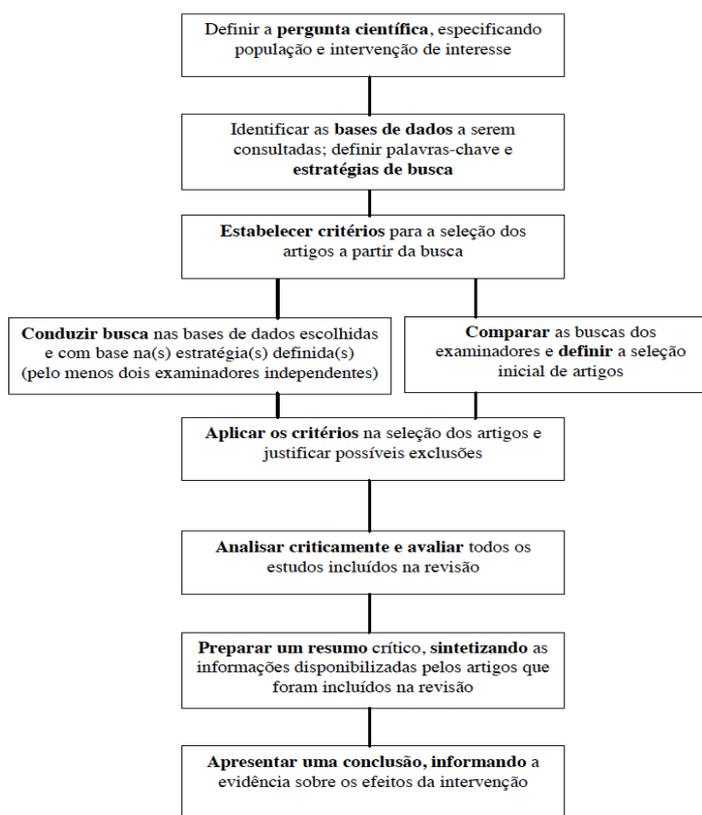
- a) Apresentar um panorama dos estudos recentes sobre o tema, no que diz respeito, ano de publicação, caracterização do estudo (conforme descrição dos autores), objeto e metodologia de análise;
- b) Mapear a existência de correlações entre abandono de tratamento e vulnerabilidades sociais nos estudos recentes sobre o cuidado das pessoas com tuberculose;
- c) Identificar estratégias e ações de saúde, individuais e coletivas, que tem sido implementada para enfrentar a questão do abandono do tratamento das pessoas em situação de vulnerabilidade social;

4 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. Esta metodologia de pesquisa é considerada uma opção para “acompanhar o curso científico de um período específico, chegando ao seu ápice na descoberta de lacunas e direcionamentos viáveis para a elucidação de temas pertinentes” (GOMES; CAMINHA, 2014, p. 397). Mais especificamente o estudo foi descritivo, de cunho qualitativo, cuja pretensão é produzir uma síntese temática que apresente o estado da arte sobre a adesão de tratamento das pessoas com tuberculose correlacionado as vulnerabilidades sociais.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi considerado as etapas sugeridas por Sampaio e Mancini (2007) e apresentadas na Figura 1.

Figura 1: Descrição geral sobre o processo de revisão sistemática da literatura



Fonte: Sampaio e Mancini, (2007, p. 86).

A pergunta de pesquisa que orientou a revisão sistemática foi: Como tem sido tratado o tema da adesão ao tratamento das pessoas com tuberculose em relação às vulnerabilidades sociais na literatura nacional recente? Diante desta questão de pesquisa será estabelecida busca de artigos publicados em periódicos na biblioteca virtual Bireme, a partir dos termos: “Adesão ao Tratamento *and* Tuberculose *and* Vulnerabilidades Sociais”, Os critérios para a seleção dos artigos serão: o período de janeiro de 2010 até outubro de 2018; artigos em língua portuguesa e produzidos no ou sobre o Brasil.

A partir da primeira busca os artigos foram filtrados em etapas com base nos seguintes critérios de exclusão: 1) artigos repetidos; 2) artigos que não estiverem disponíveis na íntegra de forma virtual e que demandam pagamento; 3) foram selecionados somente artigos científicos que versarem sobre a temática de adesão ao tratamento da tuberculose, a partir da leitura dos resumos.

Os artigos restantes foram lidos, analisados e categorizados para responder aos objetivos desta pesquisa, quais sejam: objeto, metodologia de análise; correlações entre abandono de tratamento e vulnerabilidades sociais; estratégias e ações de saúde, individuais e coletivas, para enfrentar a questão do abandono do tratamento das pessoas em situação de vulnerabilidade social.

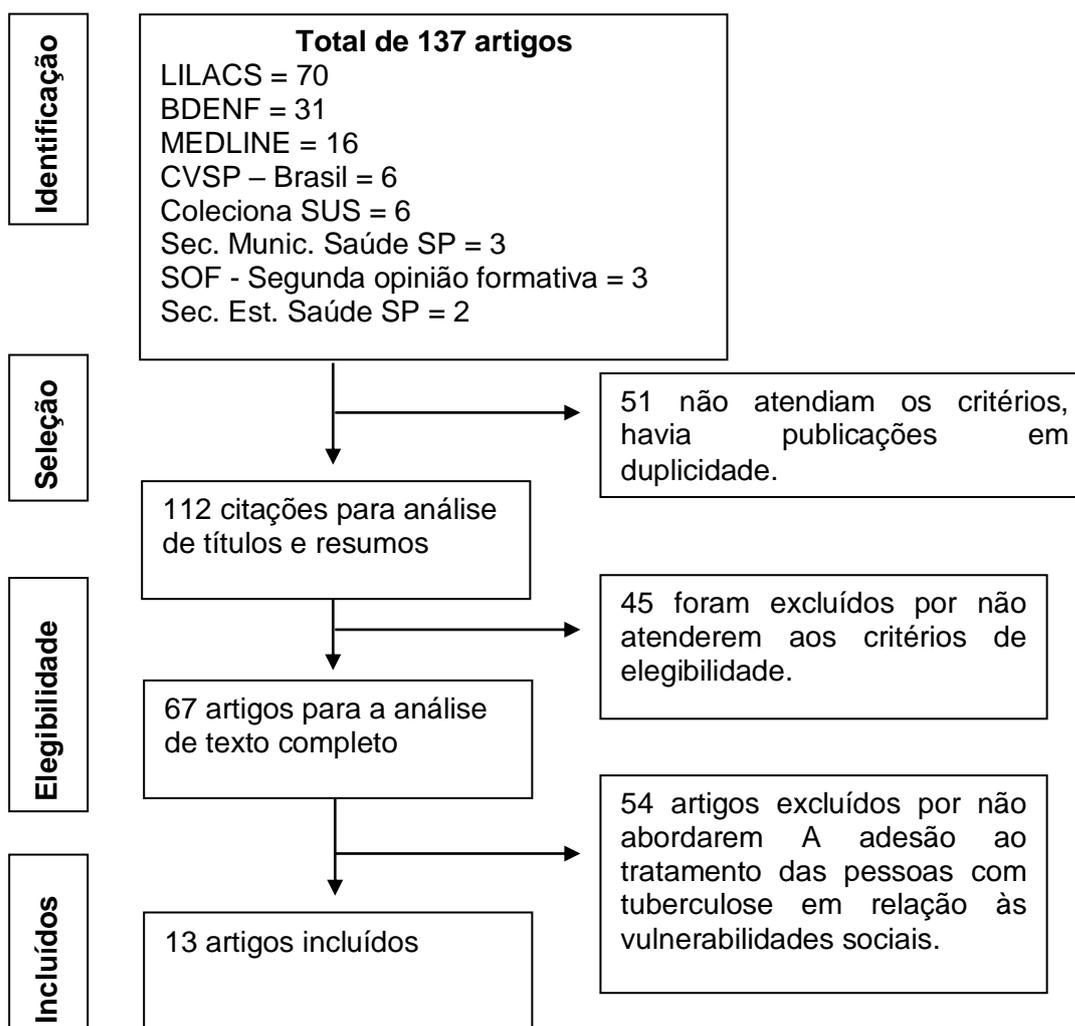
A análise do conteúdo teve como pressuposto identificar o que está sendo dito sobre a adesão ao tratamento de tuberculose e as vulnerabilidades sociais na literatura nacional recente. Foi, portanto, uma análise temática cujas as categorias analíticas, citadas acima, foram produzidas com base nos objetivos da pesquisa (MORAES, 1999). Os passos da análise de conteúdo das produções foi orientada pelo método de Bardin (2008).

Este estudo, quanto aos aspectos éticos, orienta-se pela Resolução Nº 510, de 07/07/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispensa apresentação e análise por comitês de ética em pesquisa dos estudos que tem como base exclusivamente a produção científica publicada (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um primeiro momento as buscas realizadas resultaram em 1.194 artigos, sendo que após a seleção com base no período proposto e idioma, teve-se um total de 137 pesquisas, sendo LILACS (70); BDENF – Enfermagem (31); MEDLINE (16); CVSP – Brasil (6); Coleciona SUS (6); Sec. Munic. Saúde SP (3); SOF - Segunda opinião formativa (3); Sec. Est. Saúde SP (2), a partir da análise criteriosa do material disponível, foram excluídos os artigos repetidos, fora do período proposto e os que não correspondiam à questão de pesquisa, restando 13 estudos apresentados na figura 2, conforme a exemplificação do processo no Fluxograma.

Figura 2: Fluxograma de seleção dos estudos.



Fonte: Coleta de dados (2018).

As buscas realizadas os bancos de dados eletrônicos resultaram em 137 citações. Os detalhes e resultados de cada busca estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos estudos conforme o cruzamento dos descritores.

Bases de dados e biblioteca eletrônica	Número de artigos encontrados	Número de artigos pré-selecionados	Número de artigos selecionados
<i>Adesão ao tratamento and tuberculose</i>			
LILACS	67	19	5
BDEF	28	12	3
MEDLINE	16	7	2
CVSP - Brasil	6	3	0
Coleciona SUS	6	4	1
Sec. Munic. Saúde SP	3	1	0
SOF - Segunda Opinião Formativa	3	1	0
Sec. Est. Saúde SP	2	1	0
<i>Tuberculose and vulnerabilidades sociais</i>			
LILACS	4	3	1
BDEF	2	1	1
Total:	137 artigos	52 artigos	13 artigos

Fonte: Coleta de dados (2018).

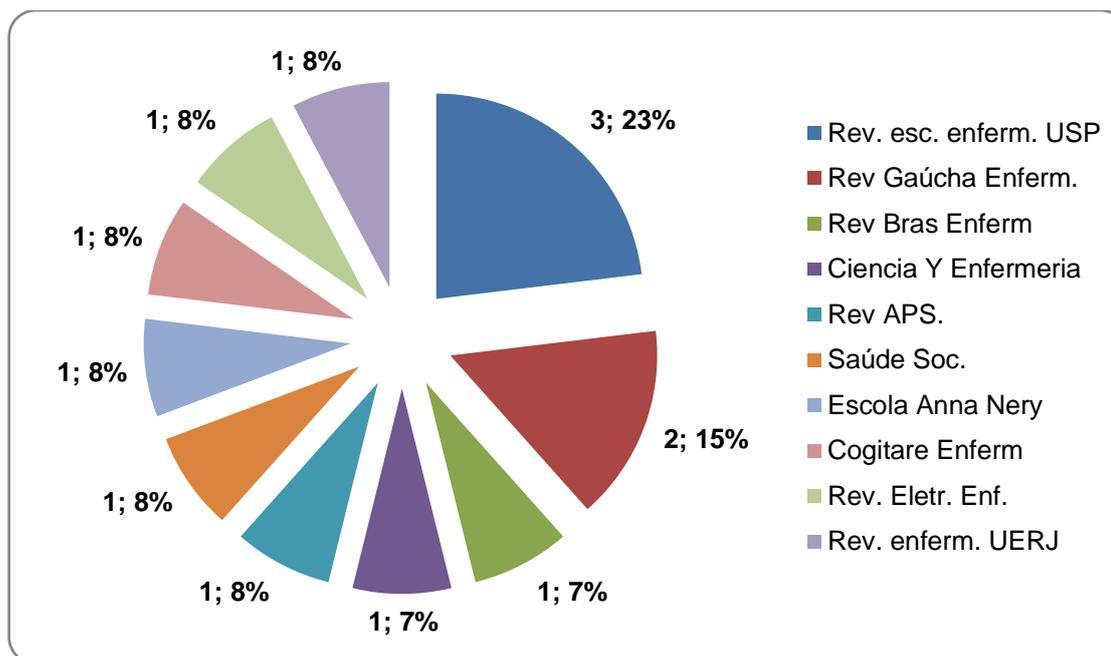
Foram excluídos artigos sem resumo na base de dados ou incompletos, os que tinham duplicidade nas bases de dados e que tinham como foco a neonatologia, mas que, porém não responderam à questão norteadora.

O total de 13 artigos selecionados para compor esta revisão integrativa fazem parte da publicação de periódicos de 12 revistas científicas, conforme Figura 3, sendo todas de origem brasileira e uma espanhola.

O Lilacs foi a que mais contemplou estudos selecionados para esta revisão integrativa, indo ao encontro da temática em estudo e de discussões pertinentes ao assunto.

As demais revistas, em sua grande maioria, são das áreas da saúde pneumologia, epidemiologia, sanitária e enfermagem.

Figura 3: Distribuição de periódicos que compuseram a amostra deste estudo.



Fonte: Coleta de dados (2018).

Apresenta-se a seguir, o quadro com a descrição dos artigos selecionados.

Quadro 1 – Quadro Sinóptico – Distribuição dos artigos que compuseram este estudo.

Título do artigo	Autores/ Ano	Periódico/ cidade	Objetivo	Metodologia
Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família.	SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al., 2010	Rev. esc. enferm. USP, São Paulo	Analisar a relação entre as singularidades do doente com história de abandono do tratamento de tuberculose e a atenção dispensada pela equipe de saúde da família à luz do conceito de vínculo.	Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa
Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade– Curitiba, PR	BOWKALOWSKI, Claudia; BERTOLOZZI, Maria Rita, 2010	Cogitare Enfermagem	Identificar características dos pacientes com tuberculose e as variáveis potenciais de desgaste e vulnerabilidades para essas pessoas em relação à doença num estudo conduzido sob o marco teórico da vulnerabilidade.	Estudo do tipo descritivo exploratório. pautado nos quadros conceituais da determinação social do processo saúde-doença e de vulnerabilidade.

Título do artigo	Autores/ Ano	Periódico/ cidade	Objetivo	Metodologia
As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão	HINO, Paula et al., 2011	Rev. esc. enferm. USP, São Paulo	Conhecer a vivência das pessoas com tuberculose e identificar necessidades de saúde e vulnerabilidade frente ao adoecimento	Trata-se de um estudo qualitativo, foram entrevistadas 19 pessoas com TB, utilizando-se o critério de saturação das informações.
Abandono anunciado ao tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde da família do Recife- a perspectiva do usuário	OLIVEIRA, Joelma Farias de; ANTUNES, Maria Bernadete de Cerqueira, 2012	Revista de APS	Identificar os motivos associados à não adesão ao tratamento da tuberculose, na percepção do usuário, em uma Unidade de Saúde da Família do Recife.	Estudo de natureza quali-quantitativa a partir da observação de variáveis relacionadas ao perfil do usuário e às características do tratamento, obtidas do livro de registro dos pacientes,
Reconhecendo-se como sujeito de riscos: a consciência dos possíveis danos da tuberculose	ROSSETTO, Maíra; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Correa de, 2013	Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre	Apreender os sentidos, atribuídos por usuários aderentes ao tratamento da tuberculose, aos riscos da doença.	A pesquisa teve caráter qualitativo sendo que a coleta e a análise de dados foram orientadas pela metodologia da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) ou <i>Grounded Theory</i> . Na TFD, coleta e análise de dados ocorrem simultaneamente, sendo caracterizada por um ir e vir aos dados com constante comparação dos resultados encontrados
A qualidade de vida de clientes portadores de tuberculose no contexto da atenção básica	FARIAS, Sheila Nascimento Pereira de et al., 2013	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro,	Investigar a qualidade de vida dos clientes com tuberculose (TB) acompanhados em uma unidade básica de saúde (UBS) e discutir a relação entre a TB e a qualidade de vida destes clientes	Estudo com abordagem quantitativa. Foi utilizado, na pesquisa, o instrumento <i>WHOQOL-bref</i> da Organização Mundial de Saúde.

Título do artigo	Autores/ Ano	Periódico/ cidade	Objetivo	Metodologia
A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose	OLIVEIRA, Luana Carla Santana et al., 2015	Revista Eletrônica de Enfermagem	Compreender como os sentimentos do sujeito influenciam o enfrentamento da tuberculose.	Estudo qualitativo realizado com nove indivíduos em tratamento de tuberculose, técnica de entrevista semiestruturada e, como referencial teórico-analítico, a análise de discurso de matriz francesa.
Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento.	CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; BOUSFIELD, Andréa Barbará Silva, 2015	Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre	Compreender as representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento em um Programa de Controle da Tuberculose.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa
Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva	SOUSA, Luciana de Oliveira et al., 2016	Rev. Bras. Enferm., Brasília	Analisar os sentidos produzidos pelos profissionais de enfermagem sobre o tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose (TB)	Trata-se de estudo qualitativo, por meio de entrevista semidirigida
Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte	LAVOR, Débora Cristina Brasil da Silva; PINHEIRO, Jair dos Santos; GONCALVES, Maria Jacirema Ferreira, 2016	Rev. esc. enferm. USP, São Paulo	Avaliar o grau de implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para TB em um município de grande porte.	Avaliação de implantação, por meio de estudo de casos múltiplos, utilizando a Matriz de Análise e Julgamento, com base no Modelo Lógico de Avaliação, adaptado de uma proposta de avaliação do Programa de Controle da Tuberculose

Título do artigo	Autores/ Ano	Periódico/ cidade	Objetivo	Metodologia
O discurso de pessoas acometidas por tuberculose sobre a adesão ao tratamento	RODRIGUES, Débora César De Souza et al., 2017	Cienc. enferm., Concepción	Identificar, mediante o discurso de pessoas acometidas pela doença, fatores e significados que favorecem a adesão ao tratamento específico.	Entrevista em profundidade. A análise foi fundamentada no dispositivo teórico-analítico da Análise de Discurso de linha Francesa
Vulnerabilidade e direitos humanos na compreensão de trajetórias de internação por tuberculose	MAFFACCIO LLI, Rosana; DE OLIVEIRA, Dora Lúcia LC; BRAND, Évelin Maria, 2017	Saúde e Sociedade, São Paulo	Compreender como desigualdades e violações de direitos humanos se articulam em trajetórias de vulnerabilidade à internação por tuberculose	Entrevistas com pessoas internadas para tratamento da tuberculose em um hospital localizado em Porto Alegre
Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte	BERALDO, Aline Ale et al., 2017	Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro	Analisar as ações desenvolvidas nos serviços de Atenção Básica (AB) para promover a adesão ao tratamento da Tuberculose (TB) na percepção de doentes e profissionais de enfermagem	Estudo epidemiológico transversal.

Fonte: Coleta de dados (2018).

Para uma melhor discussão dos estudos criou-se duas categorias referentes aos objetivos específicos desta pesquisa, como apresenta-se a seguir.

5.1 Abandono do tratamento de tuberculose associada as vulnerabilidades sociais

O estudo desenvolvido por Hino et al. (2011), demonstrou que a adesão ao tratamento da tuberculose envolve vários condicionantes e tornou claro que somente o acesso ao diagnóstico e aos medicamentos não é suficiente para uma adesão efetiva, sendo fundamental compreender o processo saúde-doença como um fenômeno social e considerar as necessidades de saúde que aparecem durante todo o processo de enfrentamento da doença para que a vulnerabilidade ao adoecimento por TB seja modificada.

Já Rossetto e Oliveira (2013) entendem que os papéis sociais de homens e mulheres nas diferentes fases da vida também aparecem nos dados como implicados na compreensão dos riscos da tuberculose como possíveis danos às relações no espaço público.

No estudo de Maffaccioli, Oliveira e Brand (2017), analisando o desenlace da internação por tuberculose nos caminhos das mulheres à luz dessas reflexões, podem refletir que o abandono e a marginalização social, agentes do adoecimento, podem ser comentários constituídos como resultado da adoção de condutas e comportamentos desafiados do que é predeterminado para elas em termos de normas de gênero. No que se refere ao cenário pesquisado, mencionam os autores que para mulheres pobres e negras (em sua maioria) o discurso da igualdade de direitos dificilmente se concretiza, principalmente quando são ignoradas as especificidades das opressões contidas nos discursos de classe social e raça, e quando não são esclarecidas suas interconexões com a opressão de gênero.

O estudo das vulnerabilidades nas trajetórias de internação por tuberculose apresenta elementos referentes à crítica formulada pelos pesquisadores no campo da aids. Apesar de assistirmos a ampliação da pauta sobre a tuberculose na sua interlocução com os direitos humanos, ainda são elementares as ações que buscam a preservação da vida dos grupos mais vulneráveis (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017).

Ainda segundo os autores acima citados, não exclusivo ao círculo social afetivo, verifica-se nos serviços de saúde as mesmas normas sociais exibem limitações à aceitação das diferenças, seja pela supressão diante da complexa situação social das pessoas, seja pelas repostas limitadas a uma saúde diminuída ao seu desígnio clínico e individual. Neste cenário há elementos para propor que a vulnerabilidade se conformava pela pouca eficácia das ações de saúde, evidenciado pela existência de indivíduos doentes e sem perspectiva de iniciarem e manterem tratamentos que procederiam a cura da tuberculose e controle de outras comorbidades (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017).

Na pesquisa desenvolvida por Bowkalowski e Bertolozzi (2010) os resultados revelam uma realidade brasileira que assemelham-se com a literatura, verificando a maior incidência da tuberculose nos grupos sociais com padrão de menor escolaridade. Evidencia-se, também, uma vulnerabilidade social, pois a baixa escolaridade pode influenciar os indivíduos na obtenção de informações acerca da

doença, assim como o acesso à informações de maneira geral e, por que não mencionar, o acesso à qualidade de vida.

Os autores citam que a propriedade de moradia faz parte do perfil relacionado a reprodução social, sendo a taxa de 7,7% vivendo em domicílio cedido o que revela uma situação aparente de exclusão social, declaração empregada para referir-se às pessoas excluídas das políticas sociais básicas (habitação, saúde, trabalho e outros), o que lhes denota em condição de sub cidadãos ou “cidadãos de segunda classe”. Desta forma, percebe-se que a constância da tuberculose está associada às condições de vida e de trabalho da população, também às condições limitadas de acesso à saúde. Os movimentos migratórios, a crescente desigualdade social, o evento Aids e a multirresistência às drogas são aspectos que colaboram para o quadro atual da doença (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010).

Da mesma forma, o estudo de Oliveira et al. (2015) demonstrou que a vinculação entre pobreza e TB está relacionada aos indicadores de *status* socioeconômicos como aglomerados anormais, pobreza, desemprego e situações habitacionais superlotadas e insalubres, favorecendo a disseminação da TB na comunidade e o aumento da incidência da doença. Além disso, o acesso reduzido aos serviços de saúde, também reflexo da pobreza, pode levar a demora do diagnóstico e do tratamento. No imaginário coletivo, o medo e a aversão em relação a doença justificavam-se pela falta de informação sobre suas causas e pela ineficácia do seu tratamento, e ainda a associação do doente com comportamento diferente no que se refere às normas sociais. O sentimento medo relacionado à TB, revela-se não como um atributo da doença, mas pela condição de reclusão hospitalar, a qual a presença da doença irá ocasionar. O medo, do ponto de vista dos indícios existentes da doença, é realmente um dos elementos relacionados ao atraso do diagnóstico da TB.

Ressaltam os autores que a visão associada à doença influencia a busca tardia por cuidados profissionais e a adesão ao tratamento. Outro aspecto relevante que favoreceu o retardo do diagnóstico por parte dos pacientes é a falta de confiança no serviço de saúde devido à deficiência dos profissionais para suspeita e diagnóstico da doença (OLIVEIRA et al., 2015).

Percebe-se neste cenário que a vulnerabilidade social está diretamente ligada ao comprometimento do paciente ao tratamento, sendo considerada a rotulação da doença, um aspecto de exclusão social.

5.2 Estratégias e ações de saúde, individuais e coletivas no enfrentamento da tuberculose

Quando trata-se das estratégias e ações de saúde em relação ao enfrentamento da tuberculose, percebe-se nos estudos a importância da ação da equipe multiprofissional na orientação e atendimento ao este paciente e os efeitos colaterais existentes em relação ao tratamento.

Segundo Chirinos, Meirelles e Bousfield (2015) observaram que os sintomas e sinais OCORRIDOS pelos efeitos colaterais, sentidos pelas pessoas com TB, parecem ser mais fortes do que os sintomas da doença, levando as pessoas a abandonarem o tratamento. Esse fato confirma o que outros estudos concluíram: esse tratamento traz sérias implicações orgânicas, como as gastrointestinais, obrigando o paciente, muitas vezes, a interromper o tratamento. Na tuberculose multirresistente, o tratamento muitas vezes torna-se difícil pela elevada toxicidade e baixa eficácia dos fármacos de segunda linha. A diminuição da dosagem de pirazinamida, os injetáveis e a isoniazida são prioridades para o tratamento da tuberculose resistente a medicamentos. De acordo com este estudo, os efeitos colaterais dos medicamentos de segunda linha contribuem para o abandono do tratamento.

A adesão ao tratamento é considerado acontecimento multidimensional que envolve a interação de um conjunto de fatores, entre os quais são fundamentais o desempenho e a responsabilidade dos profissionais da saúde. É reconhecido que o desempenho favorável para o desenvolvimento do vínculo entre doente e profissional contribui para diminuir os efeitos colaterais.

Várias questões surgiram em relação a este tema, entre elas o vínculo como fator que pode diminuir a sensação e aspectos relacionados a adesão ao tratamento de tuberculose, como também a vulnerabilidade social.

Entende-se que o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o doente de TB beneficia a produção do cuidado na probabilidade da cogestão, diante de uma relação de confiança e partilha de compromissos. O vínculo possui uma estreita relação com a prática de cuidados, considerando-se que ambos desenvolvem sintonia, troca de afetos e convivência reconstrutora de autonomias (SOUZA et al., 2010).

Verificou-se que o vínculo favorece a continuidade do cuidado e que o conhecimento do entorno socioeconômico-cultural do paciente e de sua família pela equipe de saúde fortalece a relação terapêutica (SOUZA et al., 2010).

Para os autores, se faz necessário, para o enfrentamento do abandono do tratamento da TB, o envolvimento de diferentes atores sociais - sociedade civil, centros de pesquisa e universidades, profissionais de saúde, gestores e governos, para que ocorra um somatório de esforços de modo coordenado, e, dentro do contexto desejado de redução das desigualdades sociais, seja possível alcançar as metas que referem-se à redução do número de abandonos e aumento dos percentuais de cura (SOUZA et al., 2010).

Na percepção de Hino et al. (2011), a criação do vínculo relaciona-se à prática de cuidados, demonstrados em atitudes de preocupação, interesse e zelo pelo outro. A forma com que a pessoa é acolhida pelos profissionais nos serviços de saúde influencia a adesão ao tratamento. O conhecimento do contexto social em que as pessoas estão inseridas, como as condições de vida e trabalho e as relações familiares, pode aumentar a relação de compromisso e vínculo com esses profissionais, ou seja, o personagem como sujeito no processo de produção de saúde.

A adesão ao tratamento não se refere apenas em garantir a ingestão da medicação; deve-se tomar como prioridade conhecer a pessoa e seu contexto, seus modos de vida, sua dinâmica familiar, suas crenças, suas opiniões e seus conhecimentos a respeito da doença e do próprio tratamento (CHIRINOS; MEIRELLES; BOUSFIELD, 2015).

Essa comunicação entre o profissional de saúde e o paciente pode facilitar a adesão ao tratamento. O vínculo pode contribuir para a identificação de necessidades e tomada de decisões. Contudo, nas relações sociais ainda existe discriminação. As pessoas com TB identificaram discriminação por parte dos vizinhos, que os rotulam de “tuberculosos” (CHIRINOS; MEIRELLES; BOUSFIELD, 2015).

Já Souza et al. (2016) quando citam as posições dos sujeitos, ao discursarem sobre tuberculose, estes inscrevem-se em uma formação que focaliza a cesta básica e o vale transporte como uma facilidade para adesão ao tratamento da TB, onde a relação entre profissional e paciente, a estrutura organizacional, a disponibilização de veículos, motoristas e a medicação também são elementos percebidos pelos sujeitos profissionais como facilitadores para o tratamento da TB.

Na sequência discursiva “amanhã tem que procurar em algum outro lugar”, por um lado, produz sentido de que o profissional de saúde assujeita-se as normas do Ministério da Saúde (MS), por outro lado, denuncia a instabilidade de a pessoa investida pela doença permanecer no mesmo local de acesso para realizar o TDO, não se assujeitando ao modo de operação da supervisão instituída pelo serviço de saúde, pois, de certa forma, a postura do doente pode ser compreendida como denúncia de uma prática autoritária (SOUZA et al., 2016).

Uma forma de os sujeitos amenizarem as pressões que sofrem no serviço de saúde, quando este tenta controlar os riscos, regulando sua autonomia está na supressão de informações, o que pode livrá-los de outros riscos, por exemplo, a impossibilidade de atendimento. Neste contexto, a identidade com a qual o sujeito se apresenta ao serviço de saúde é coerente com as expectativas e, portanto, aparentar ser um “sujeito cuidadoso”, que se protege dos riscos do cigarro, consiste numa atitude de autocuidado. A produção desta identidade acontece, assim, a partir de um exercício de reflexão, não só, sobre “o sujeito que eu quero ser”, - alguém que age positivamente frente aos riscos - mas, principalmente, sobre a percepção pessoal acerca do que os outros querem que eu seja (ROSSETTO; OLIVEIRA, 2013).

Complementando Rodrigues et al. (2017) citam que nenhuma pessoa vive no mais completo isolamento, sem ser influenciada pelo meio em que vive e pelas pessoas que a rodeiam. A família é um sistema interligado e cada um de seus membros tem influência sobre o outro, sendo que o adoecimento de um dos integrantes tem reflexos no comportamento e no estado emocional e até biológico dos demais. Sendo assim, quando se trata do controle da TB, ou do fortalecimento da continuidade dos usuários ao tratamento, constitui-se como um dos principais elementos estruturantes, uma vez que permeia atributos como a responsabilização, a integralidade e a humanização.

Em relação ao cuidado da família, esta favorece à adesão ao tratamento da TB, sendo importante destacar que os benefícios concedidos pelas redes de apoio a usuários que fazem ou que precisam iniciar tratamentos medicamentosos em muitos casos garantem a adesão à terapêutica. Os discursos revelaram que a forma como a pessoa com tuberculose é cuidada por profissionais de saúde e familiares é determinante para a adesão e continuidade do tratamento. Neste sentido, destaca-se, em relação ao profissional, o vínculo estabelecido na relação de cuidado, a não demonstração de estigma e/ou preconceito, que são interpretadas pelos sujeitos como atitudes de acolhimento (RODRIGUES et al., 2017).

Destaca-se a pesquisa de Oliveira e Antunes (2012) que identificaram uma baixa proporção de dose supervisionada, que mostra que não basta apenas ter o programa TOD que garanta essa prática, é preciso um empenho maior dos profissionais no que se refere ao acompanhamento dos casos que já têm um risco associado e, principalmente, da gestão no sentido de apoio à organização do serviço e cobrança de resultados. Esse fato demonstra que o profissional não se preocupou em confirmar se o usuário havia assimilado de forma correta as orientações, ou seja, o vínculo não foi suficiente para a comunicação adequada. Por isso é importante valorizar o diálogo na lógica do significado do tratamento e suas implicações, fazendo-se questionamentos quanto à compreensão do mesmo. Ainda sobre esse aspecto, os autores afirmam que a restrição na comunicação contribui significativamente para uma relação impessoal, sem escuta, responsabilização e consideração da subjetividade do indivíduo, o que dificulta a adesão ao tratamento.

Essa atitude da equipe demonstra falta de compromisso e de humanização na relação com usuário e na produção de cuidado. Além disso, vê-se a fragilidade nas relações interpessoais entre os profissionais da equipe com centralização do processo de trabalho no saber médico, pois entende que, para a realização de uma prática que atenda à integralidade, o trabalho em equipe deve ser refletido conjuntamente por todos os membros, definindo-se campo e núcleo de competência profissional, com o objetivo de acolher e exercer a interdisciplinaridade, com vistas à produção de um projeto terapêutico comum, o qual se constitua uma responsabilidade de toda a equipe, mas com a instituição do terapeuta de referência que gerencie o cuidado do usuário (OLIVEIRA; ANTUNES, 2012).

Outro aspecto citado por Oliveira e Antunes (2012), refere-se a demora no atendimento e horários incompatíveis com turnos de trabalho, o faz com que muitos indivíduos deixem de procurar o serviço de saúde, chegando até a abandonar o tratamento, uma vez que os pacientes têm receio de perder o emprego diante da necessidade de faltas e atrasos. Essa dificuldade foi relatada como um obstáculo na conciliação do trabalho e o cuidado com a saúde, devido aos horários de atendimento.

Já Lavor, Pinheiro e Goncalves (2016, p. 249), relatam que a ausência de dados sobre vulnerabilidade social e individual denota que esta é uma temática deixada em segundo plano. Isso pode influenciar no sucesso do programa e da estratégia DOTS, “dado que a TB e enfermidade de cunho eminentemente social, a sua persistência decorre das inadequadas condições sociais e das iniquidades e seu controle pressupõe o entendimento da doença a partir de uma perspectiva ampla, que envolve a determinação social e a sua superação decorrerá da superação das desigualdades sociais”.

Os autores citam ainda, que com relação ao contexto organizacional (implantado parcialmente), observaram a priorização nas ações programáticas, indiferente a autonomia técnica, política e financeira, participação no controle dos incentivos complementares do DOTS, com auxílio transporte e/ou alimentação. No entanto, não basta o implemento de ações isoladamente, é necessário o envolvimento das equipes de saúde na organização do serviço. Nas ações há déficit de integração do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) com outras áreas, especialmente serviço social, com percentual de consultas inferior a 50% do esperado, denotando a carência de interdisciplinaridade, a qual tem seu valor reconhecido no controle da TB.

Destacam os autores que outro agravante é não haver uma implementação de busca aos faltosos do tratamento, seja por carência de recursos humanos, seja pela dificuldade de comunicação para realizar contato via telefone com o paciente faltoso ou de transporte para chegar ao domicílio. No contexto de efetividade da estratégia DOTS, ou seja, os resultados do tratamento, não se observa relação entre o grau de implantação e a efetividade do programa.

Na efetividade, no estudo desenvolvido por Lavor, Pinheiro e Goncalves (2016), a classificação não foi implantada, e, portanto, o PCT não vem alcançando sua meta, que deve ser elevada proporção de cura e baixa proporção de abandono.

No estudo de Beraldo et al. (2017) destacam os autores que possibilitar a participação dos doentes de TB em seu tratamento, dando-lhe tempo para o mesmo esclarecer dúvidas/preocupações e dar opiniões não era vista pelo doente da mesma forma que o profissional informava. Tal fato foi observado em outros estudos ao mostrar que o tratamento do doente de TB é realizado, na maior parte das vezes, de forma autoritária, a partir das recomendações da equipe de saúde, de modo que não se estimula a autonomia do paciente para tomar decisões sobre o seu próprio tratamento.

Ainda citam os autores, que sobre o agendamento de consultas mensais para o acompanhamento do tratamento dos doentes de TB, o profissional respondeu o que era preconizado, no entanto, isto nem sempre ocorria na realidade vivenciada pelos doentes de TB, uma vez que havia a ausência de profissionais médicos em alguns CS do município. Estudo realizado em Belo Horizonte/MG demonstra que há falhas na orientação e agendamento dos retornos, o que pode dificultar a adesão do doente ao tratamento. Outra estratégia importante como facilitador, aliada ao TDO é a oferta de incentivos. Segundo dados do Ministério da Saúde, dos 181 municípios prioritários para o controle da TB no país, 44,8% disponibilizam um ou mais tipos de benefício social ou incentivo para a adesão ao tratamento da doença. Em Campinas, kits de café da manhã eram oferecidos para a maioria dos doentes de TB, além de cestas básicas, estas oferecidas segundo critério econômico-social.

As ações realizadas na AB para promover a adesão ao tratamento da TB podem trazer subsídios para a compreensão de questões que surgem diante a uma realidade onde os doentes têm acesso “gratuito” ao tratamento medicamentoso, mas não aderem. Portanto, para assegurar a adesão do doente de TB ao tratamento, os profissionais devem estar sensibilizados para conhecer as necessidades singulares do usuário e para desenvolver uma responsabilização na assistência, sendo sempre reforçado a motivação do paciente, aumentando a importância da adesão (BERALDO et al., 2017).

Para Farias et al. (2013), na atualidade, com o aparecimento do tratamento eficaz, o doente de tuberculose já não é visto pela sociedade como um perigo coletivo, embora o preconceito ainda seja encontrado. Para o paciente, já é possível entender que ao adoecer por tuberculose ele não está condenado à morte social, embora em alguns momentos o adoecimento traga limitações em sua vida profissional e familiar; essas, na maioria das vezes, são consequências de sua própria condição física quando se encontra muito afetada pela doença. Com a moderna quimioterapia, essa situação é provisória e o individual e o coletivo não precisam necessariamente ser por ela afetado.

De acordo com os autores, a tuberculose exige programas que visem à melhoria da qualidade de vida, sendo o seu controle um grande desafio que impõe a resolução de problemas no sentido de cumprir os esquemas terapêuticos. Estudos defendem que a monitorização dos problemas vivenciados pelos doentes pode melhorar a adesão ao tratamento, aumentando o número de casos de sucesso terapêutico, por isso os gestores de cuidados de saúde devem incluir na sua análise, para além de indicadores de mudança na frequência e agravamentos da doença, indicadores de bem-estar, pois só assim poderão compreender a essência dos cuidados de saúde prestados.

No entanto, muito embora a TB seja curável, existe ainda um impacto significativo sobre a qualidade de vida da pessoa doente. Mesmo os pacientes tendo relatado apresentar boa qualidade de vida, tem-se que reconhecer que a TB muda a vida das pessoas, principalmente em relação ao tratamento e as medicações, como acontece quando as pessoas são acometidas pelas mais diversas doenças. Vale ressaltar que o indivíduo não precisa ter sua vida transformada, do ponto de vista pessoal e social, por conta do adoecimento, pois isso pode ser evitado com tratamento adequado (FARIAS et al., 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatando o objetivo desta pesquisa, que buscou mapear a produção científica recente que apresente como temática a adesão ao tratamento à tuberculose correlacionado as vulnerabilidades sociais, percebe-se que o tema ainda necessita ser mais aprofundado.

Diante das pesquisas aqui relatadas no capítulo anterior, a vulnerabilidade social é um dos principais aspectos relacionados tanto em relação a contrair a tuberculose, com também a falta de adesão ao tratamento.

Destaca-se também a importância da atenção em serviços de saúde em relação ao paciente acometido por TB, em alguns estudos, a falta de adesão está diretamente ligada ao atendimento, falta de vínculo e informação a este indivíduo, sendo necessário que as práticas de atenção à pessoa acometida por TB sejam redirecionadas para a educação em saúde, considerando as singularidades dos usuários e peculiaridades das diferentes realidades sociais.

Entende-se que a educação em saúde também é um dispositivo para superar a carência de informações e influenciar nas atitudes dos sujeitos no sentido de promoção da sua saúde. Porém, é preciso que os profissionais desenvolvam a habilidade de comunicação tendo como referência o diálogo com troca de saberes entre as equipes de saúde, os usuários e seus familiares.

Essas reflexões podem contribuir com a resposta que a tuberculose demanda, especialmente ao reconhecerem que as propostas em saúde precisam buscar mitigar vulnerabilidades sem negligenciar o enfrentamento às desigualdades sociais e à proteção aos indivíduos acometidos por este agravo. Sendo assim, se faz necessário não somente programas do Ministério da Saúde relacionados a doença, mas maior comprometimento da rede em relação ao paciente com tuberculose.

REFERÊNCIAS

BERALDO, Aline Ale et al. Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large municipality. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170075, 2017.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, Dec. 2009.

BOWKALOWSKI, Claudia; BERTOLOZZI, Maria Rita. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade–Curitiba, PR. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. [homepage na the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. **Dia mundial da Tuberculose**. 2007. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/releasetb2007.htm>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Programa nacional de controle da tuberculose**. Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**. Protocolo de Enfermagem. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em:< <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res046612122012.html>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. **Boletim Epidemiológico**. Volume 46, N° 09, 2015a, p. 1-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sessão Solene Dia Mundial de Combate à Tuberculose**. 24 mar. 2015b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/23/final-tb.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. **Boletim Epidemiológico**. Volume 47, Nº 13, 2016, p. 1-15.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 2016; 7 abr.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; BOUSFIELD, Andréa Barbará Silva. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 207-214, 2015.

FARIAS, Sheila Nascimento Pereira de et al. A qualidade de vida de clientes portadores de tuberculose no contexto da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34 (5):321-9.

FREITAS, Wiviane Maria Torres de Matos et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. 2, p. 45-50, 2016.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Informe epidemiológico: tuberculose**. Programa Estadual de Controle da Tuberculose – PECT/RS Hospital Sanatório Partenon. Porto Alegre: PECT/RS, 2018. Disponível em: <http://www.cevs.rs.gov.br/a-tuberculose-no-rio-grande-do-sul>. Acesso em: 14 jun. 2018.

GOMES, I. S.; CAMINHA, I. O. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. **Revista Movimento**, v. 20, n. 1, p. 395-411, jan./mar.2014.

HINO, Paula et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1656-1660, Dec. 2011.

HINO, Paula et al. A ocorrência da tuberculose em um distrito administrativo do Município de São Paulo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 153-159, Mar. 2013. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-81452013000100021&lng=en&nrm=iso>>. access on 31 mai. 2018.

LAVOR, Débora Cristina Brasil da Silva; PINHEIRO, Jair dos Santos; GONCALVES, Maria Jacirema Ferreira. Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 247-254, abr. 2016.

LERMEN, Helena Salgueiro; FISHER, Paul Douglas. Percepção ambiental como fator de saúde pública em área de vulnerabilidade social no Brasil. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010.

MAFFACCIOLLI, Rosana; DE OLIVEIRA, Dora Lúcia LC; BRAND, Évelin Maria. Vulnerabilidade e direitos humanos na compreensão de trajetórias de internação por tuberculose. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 286-299, 2017.

MAIOR, Marina de Loureiro et al. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 202-209, Apr. 2012. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1806-37132012000200009&lng=en&nrm=iso>>. access on 31 mai. 2018.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2012.

OLIVEIRA, Joelma Farias de; ANTUNES, Maria Bernadete de Cerqueira. Abandono anunciado ao tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde da família do Recife- a perspectiva do usuário. **Revista de APS**, v. 15, n. 1, 2012.

RODRIGUES, Débora César De Souza et al . O discurso de pessoas acometidas por tuberculose sobre a adesão ao tratamento. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 23, n. 1, p. 67-76, abr. 2017.

SAMPAIO RF, MANCI, MC. Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. **Rev Bras Fisioter.** 2007;11 (1):83-9.

SILVA, Daiane Alves da; YAMAMURA, Mellina; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Tuberculose no grupo de vigilância epidemiológica (GVE) XII û Araraquara: incidência e perfil das notificações de 2009 a 2013. **CuidArte, Enferm**, v. 10, n. 1, p. 15-21, 2016.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 904-910, Dec. 2010.

SOUSA, Luciana de Oliveira et al . Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1154-1163, Dec. 2016.

WYSOCKI, Anneliese Domingues et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 440-447, Apr. 2013.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2015**. Geneva: WHO; 2015. 192 p.

VILLA, Tereza Cristina Scatena; ASSIS, Elisangela Gisele de; OLIVEIRA, Mayra Fernanda; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; GONZALES, Roxana Isabel Cardozo; PALHA, Pedro Fredemir. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Rev Esc Enferm USP**, 2008; 42(1):98-104.