

O PACIENTE COM TUBERCULOSE E A RELAÇÃO QUE POSSUI COM A DOENÇA EM SEU CONTEXTO SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE RELATIONSHIP BETWEEN TUBERCULOSIS PATIENTS AND THE DISEASE IN ITS SOCIALS CONTEXT: AN EXPERIENCE REPORT

Submissão:
27/11/2022
Aceite:
13/03/2023

Nayara Pontes Mateus Cavalcante ¹  <https://orcid.org/0000-0003-0105-3860>
Maria Antônia Aleixo de Carvalho ²  <https://orcid.org/0009-0001-3237-9014>
Cláudia Lima Campos Alzuguir ³  <https://orcid.org/0000-0003-0654-3906>
Lucia Maria Pereira de Oliveira ⁴  <https://orcid.org/0000-0003-1703-2669>

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar o relato de experiência vivenciado durante ação desenvolvida no projeto de extensão intitulado Melhorias da Medicina da Família e da Comunidade para o Controle da Tuberculose na Atenção Básica de Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Foram realizadas visitas domiciliares a pacientes com tuberculose, visando reforçar a adesão ao tratamento. Para isso, desenvolveu-se entrevistas com pacientes e familiares a fim de desvendar o que sabiam sobre a doença. Em resposta, observou-se equívocos e a intenção de interrupção do tratamento foi relatada. Ação de educação para a saúde foi desenvolvida. O desconhecimento detectado e a iniquidade social observada no território motivaram a reflexão da proposta contida no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose e na atuação das políticas públicas para isso. Concluiu-se que o abandono do tratamento é um processo multifatorial e suas causas devem ser melhor analisadas junto às populações vulneráveis.

Palavras- chave: tuberculose; vulnerabilidades; abandono do tratamento; políticas públicas.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ nayapontes@gmail.com

² Agente Comunitária de Saúde, mantendo o vínculo com a Viva Rio marhiaantoni@yahoo.com.br

³ Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ claudia.alzuguir@gmail.com

⁴ Docente Técnica em Assuntos Educacionais da UFRJ. Coordenadora responsável pelo Projeto Impo@hucff.ufrj.br

Abstract

This article aims to present an experience report during an action developed in an Extension Project entitled Improvements in Family and Community Medicine for tuberculosis control in Primary Health Care at the Federal University of Rio de Janeiro. Tuberculosis patients received home visits in order to reinforce adherence to the treatment as a means to figure out what they knew about the disease. In response, misunderstandings were observed and the intention to discontinue treatment was reported. Health education action was developed. The lack of knowledge detected and the social inequity observed in the territory stimulated a reflection on the proposal contained in the National Plan for the end of tuberculosis and the performance of related public policies. It was concluded that treatment abandonment is a multifactorial process and its causes should be better analyzed together with vulnerable populations.

Keywords: Tuberculosis; vulnerabilities; treatment abandonment; public policy.

Introdução

A tuberculose é uma doença causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, transmitido por aerossóis contaminados e liberados pelas vias aéreas de pacientes com tuberculose pulmonar ou laringea, durante a fala, espirro ou tosse. A inalação do bacilo pode gerar a doença ativa ou a infecção latente por tuberculose, que caracteriza o estado de resposta imune mantido pela estimulação de antígenos inalados, sem evidências clínicas da doença. A infecção latente deve ser diagnosticada e tratada como uma medida preventiva contra a tuberculose ativa (BRASIL, 2017).

Como um problema de saúde pública, a tuberculose possui inúmeras barreiras para o seu controle. Além do vínculo com a pobreza, tem-se o elevado índice de interrupção do tratamento da doença, o que favorece a evolução do bacilo para variantes resistentes aos fármacos utilizados no seu tratamento, caracterizando a tuberculose resistente, que exige procedimentos terapêuticos específicos para o seu tratamento (BRASIL, 2022).

O desafio imposto pela tuberculose e seus determinantes sociais têm mobilizado a Organização Mundial de Saúde (OMS) a liderar estratégias envolvendo seus países membros em prol do desenvolvimento de programas e ações, visando o controle da doença no mundo. Assim, a OMS lançou a Estratégia *The End TB*, que tem como objetivo marcar o compromisso político e social de líderes governamentais para a eliminação da doença como um problema de saúde pública no mundo. Como metas, estipulou para 2035 a redução de 95% das mortes por tuberculose e de 90% na taxa de incidência da doença (OMS, 2015) e recomendou que cada país membro traçasse o seu plano em função de suas especificidades, gerando a expectativa de impactos positivos no controle da doença.

Em decorrência, o Brasil publicou em 2021 a segunda etapa do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025, mantendo em si os compromissos estabelecidos no Plano Global da OMS (2015) com base em seus três pilares: (I) prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente; (II) políticas arrojadas e sistema de apoio e (III) intensificação da pesquisa e inovação. Chama a atenção para o enfrentamento da doença o Pilar I e sua atenção centrada na pessoa com tuberculose e o Pilar II que em sua proposta envolve os diversos níveis da federação e a sociedade civil para o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da tuberculose (BRASIL, 2021; OMS, 2015). A integração desses pilares converge para estratégias centradas no indivíduo dentro de sua dimensão social, cultural e econômica.

No entanto, contrário às perspectivas de redução dos dados epidemiológicos da doença, surgiu, em 2019, a epidemia de Covid-19 que impôs dificuldades mundiais ao diagnóstico e tratamento da tuberculose (OMS, 2020). Conforme Mustafa; Makhawi (2022) vivencia-se um recrudescimento dos casos de Covid-19, advindos de uma nova subvariante, a Ômicron BQ.1 e BQ 1.1 do SARS-CoV-2, demonstrando que as mutações podem ser geradoras de agravos no atual cenário de emergência global da Covid-19.

Aponta para a persistência de possíveis agravos da Covid-19 para os pacientes com tuberculose, sobretudo, nos países mais desfavorecidos como o Brasil que possui um histórico de dificuldades, com poucos avanços no controle da tuberculose.

No Brasil, uma retrospectiva histórica de enfrentamento da tuberculose, segundo estudo divulgado pelo Ministério da Saúde, demonstra que entre 2012-2015 o Brasil registrou uma tendência a queda na incidência da doença, seguido de um aumento no período de 2016-2019 e de uma redução acentuada na incidência no período de 2020-2022, em comparação com o período anterior à pandemia, dando a impressão de êxito no controle da doença (BRASIL, 2022a).

A sensível queda observada na incidência da tuberculose no período de 2012-2015, elevou o Brasil a estado de referência global no controle da doença, pela OMS em 2015 em virtude das políticas públicas de proteção social já existentes, mas que foram melhor gerenciadas (BRASIL, 2022b; BARREIRA, 2018).

A base organizacional de proteção social adotada no País é o Sistema Único de Saúde (SUS) que garante a todo cidadão o diagnóstico e o tratamento integral e gratuito da doença, associado ao Programa de Controle da Tuberculose que, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, oferecem o tratamento diretamente observado integrado a Estratégia Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2017).

O tratamento diretamente observado é uma estratégia de supervisão da tomada da medicação pelo paciente no decorrer do tratamento da tuberculose. Esse método é realizado pelo agente comunitário de saúde e visa a redução do número de interrupção do tratamento e a prevenção da tuberculose resistente. A esses profissionais, cabe, ainda, a reintegração dos pacientes faltosos às consultas e a realização da visita domiciliar em função da atenção à saúde do paciente e de seus familiares (BRASIL, 2019). Segundo estimativas, 53 milhões de vidas foram salvas através do diagnóstico e tratamento eficazes propiciados pela supervisão da tomada da medicação, no período de 2000-2016 (OMS, 2017).

As causas para o aumento de incidência de tuberculose no período de 2016-2019 são ainda investigadas, mas, pode estar vinculado a queda de investimentos na saúde pública, observada no período, sobretudo no que se refere a redução das equipes de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2022a 2022b).

O período 2020-2022 coincide com a emergência global da pandemia de covid-19. O período foi marcado pela priorização assistencial a pacientes com covid-19 e o isolamento social que motivaram restrições ao diagnóstico da tuberculose, as notificações dos casos da doença e a disponibilização dos medicamentos trazendo prejuízos para os pacientes e para o controle mundial da doença (OMS, 2022). No Brasil, a queda na incidência revelada concede a falsa impressão de êxito no controle da tuberculose. Contudo, o fato é que revela um retrocesso nas conquistas, até então alcançadas no controle da doença no País (BRASIL, 2022a; 2022b)

Em 2021, o Brasil registrou o coeficiente de incidência de 32,0 casos de tuberculose por cada

100 mil habitantes, menor que os registrados em 2020 e 2019, quando o registro foi de 32,6 casos por 100 mil habitantes e 37,1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. A comparação desses registros e as dificuldades já narradas, leva a conclusão de que pode ter acontecido a subnotificação de casos de tuberculose no período 2020 e 2021 (BRASIL, 2022a;2022b). A teoria levantada pelo Ministério da Saúde coincide com as estimativas da OMS, que apontam a existência de cerca de 4,1 milhões de pessoas com tuberculose, que não foram diagnosticadas com a doença ou que não foram realizadas as notificações oficiais de seu diagnóstico e/ou tratamento (OMS, 2021).

Sabe-se que a extensão territorial do Brasil e as diferenças socioeconômicas da população, contribuem para notória variabilidade entre os estados e capitais quanto aos dados epidemiológicos da tuberculose (PEREIRA, *et al.*, 2018), sendo essa variação mais acentuada durante a pandemia.

São históricas as elevadas incidências de tuberculose nas capitais brasileiras sobretudo aquelas que vivenciam o constante processo de favelização, concentrando populações vulneráveis à doença, como ocorre no Município do Rio de Janeiro (PEREIRA, *et al.*, 2018). Em 2021, a cidade registrou 7.050 casos novos de tuberculose e a incidência de 104,1 casos por 100.000 habitantes. Observou-se, uma taxa de cura da doença de 60,1% e ainda, um índice exacerbado de interrupção do tratamento de 15,8% (BRASIL, 2022b), frente a recomendação de 85% de cura e de $\leq 5\%$ de abandono pela OMS, respectivamente, o que contribui para o fluxo do *M. tuberculosis* dentre a população (OMS, 2022; BRASIL, 2022b).

Considera-se como abandono do tratamento da tuberculose o registro de ausência do paciente por mais de 30 dias consecutivos da unidade de referência ou do local marcado para o recebimento da medicação, no caso do tratamento diretamente observado (BRASIL, 2019). Os casos de abandono geram custos com recursos humanos e materiais para o serviço de saúde pois exige a reavaliação clínica do paciente e de sua história terapêutica para o reinício de tratamento (LOPEZ, *et al.*, 2013), sendo maiores quando detectado a resistência do bacilo aos medicamentos previamente utilizados que concede sérios agravos à saúde do paciente.

Para Rocha e Adorno (2012, p. 235), “o termo *abandono* carrega um estigma de culpa e responsabilização do indivíduo e não considera os aspectos pertinentes que levaram a pessoa a interromper o tratamento”. No entanto, as causas para o abandono do tratamento são múltiplas.

O fato exige o olhar crítico e o desenvolvimento de estratégias específicas para cada indivíduo, grupo ou populações vulneráveis levando-se em consideração os diversos aspectos sociodemográficos, intensificando ações com base nas especificidades dos cenários. Sendo assim, recomenda-se uma abordagem local, específica e operacional para a execução do Plano Nacional, a fim de se obter a redução dos principais indicadores da tuberculose no país (BRASIL, 2021; 2017). Faz-se necessário o incremento de planos intersetoriais pelas Políticas públicas, envolvendo a todos os atores, com ênfase em melhorias sociais e na capacitação da comunidade, como o apontado pelo Plano Nacional (BRASIL, 2022a) e a OMS (2021).

Entre discussões de causas e consequências do cenário descrito, entendeu-se a relevância de se acrescentar mais ao que já se conhece sobre o paciente com tuberculose e a relação que possui com a doença dentro de seu contexto social. Portanto, com base nessa premissa, o objetivo desse artigo é apresentar um relato de experiência vivenciado durante a realização de visitas domiciliares a pacientes com tuberculose em território vulnerável à doença, por uma estudante extensionista.

Este artigo apresenta um recorte de um projeto de Extensão e Pesquisa, em curso e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Pareceres nº 4.201.052 e nº 3.470.331, respectivamente.

Método

Este relato de experiência teve como objetivo descrever as vivências de uma estudante de medicina da UFRJ que atuou como extensionista em um projeto de Extensão e Pesquisa. A proposta desse projeto é de contribuir para o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento de tuberculose em uma Clínica de Família situada na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, em uma área de elevada incidência da doença.

Para o desenvolvimento desse relato de experiência optou-se pelo uso da metodologia qualitativa descritiva e da realização de visitas domiciliares a pacientes em tratamento de tuberculose. Em cada primeira visita realizada, coletou-se a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, a fim de se conhecer as percepções que possuíam os pacientes sobre a doença. O estudo dos dados coletados aconteceu conforme a análise interpretativa de Minayo (2009) e os resultados obtidos subsidiaram ações de educação e saúde que foram desenvolvidas com base no método de Paulo Freire (2011), em visita domiciliar posterior.

O teor problematizador e dialogal da Metodologia de Paulo Freire propicia ao sujeito a análise crítica de sua realidade, sob um foco anteriormente não visto. Possibilita a reflexão sobre as questões abordadas e favorece o alcance da autonomia crítica, que pode motivar o desejo de transformação de sua realidade (FREIRE, 2011). Assim, sendo, entendeu-se essa metodologia como ideal para ser utilizada como base estrutural das ações de educação e saúde.

Diante desse planejamento, optou-se pelo uso de rodas de conversas a fim de integrar os participantes, uma vez que o sucesso de estratégias dialógicas consiste no desafio de aprender, reconhecer e negociar com o outro que detém direitos, autonomia e valores culturais que não podem ser esquecidos. Entendeu-se como essencial respeitar a cultura do outro e dar-lhe voz para expô-la, conforme Deslandes e Mitre, 2009.

Para este estudo, elegeu-se como referencial teórico o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025, em seus Pilares I e II (BRASIL, 2021). Elaborou-se um planejamento integrador, reunindo pacientes, agente comunitária de saúde e a estudante.

Esse estudo integra um Projeto de Extensão e Pesquisa intitulado Melhorias da Medicina da Família e da Comunidade para o controle da tuberculose na Atenção Básica de Saúde.

Resultado

No período de dezembro de 2019 a início de março de 2020, foram realizadas três visitas domiciliares em território vulnerável de uma Clínica da Família situada na Penha, bairro na cidade do Rio de Janeiro, formado por um aglomerado de onze favelas, sendo considerado como um dos maiores e mais violentos complexos de favelas da cidade.

As visitas aconteceram na casa de dois pacientes em fins de 2019. Ambos possuíam histórico de interrupção do tratamento de tuberculose em episódios anteriores da doença, tendo, um deles, o registro de faltas às consultas na unidade de saúde, no atual tratamento. Neste relato, foram utilizados nomes fictícios com o intuito de preservar as identidades dos participantes.

Durante o percurso em direção aos domicílios, o relevo íngreme era intercortado por becos, ruas estreitas sem asfalto e com buracos que dificultavam a circulação de pessoas e impediam a oferta de

transporte público à população. Observou-se o acúmulo de lixo, a falta de saneamento básico, com valas de esgoto a céu aberto e bancadas para a venda de drogas nas ruelas. Notou-se, dentre as casas de alvenaria, casebres formados por materiais recicláveis aglomerados e com aspectos insalubres, confirmando a vulnerabilidade social frequentemente associada à tuberculose.

A primeira visita domiciliar aconteceu na casa de Saulo, homem de 67 anos, que vivia só e auto-declarou-se de cor preta, analfabeto, aposentado, usuário de tabaco e de drogas ilícitas. O paciente foi apontado pela agente comunitária de saúde como um paciente em uso irregular da medicação, faltoso às consultas e propenso ao abandono, sem que a agente comunitária soubesse o porquê. A segunda visita foi na casa de Carol, de sexo feminino, adolescente de 16 anos, com ensino fundamental incompleto, que se autodeclarou de cor parda, desempregada, usuária de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Tinha uma filha de dois anos que vivia com a bisavó. Inicialmente, Carol mostrou-se reservada, mas foi se tornando colaborativa ao decorrer da entrevista. Ambos os pacientes descreveram suas casas como “Escuras e sem ventilação”. Carol estava acompanhada de Beto, seu namorado, que respondeu o questionário para contato intradomiciliar.

A análise das entrevistas revelou dúvidas e convicções inadequadas dos pacientes sobre a doença. Em tratamento de tuberculose pulmonar há dois meses, Saulo que vivenciava o segundo episódio da doença, com história de abandono do primeiro tratamento, em 2018, citou que foi “surpreendido com o novo diagnóstico de tuberculose”, mesmo com tosse persistente. “Não esperava ter tuberculose novamente”. Carol, em tratamento da doença há dois meses, narrou estar no terceiro episódio de tuberculose, porém reconheceu não ter concluído os tratamentos anteriores. Para ela, o atual diagnóstico de tuberculose pulmonar veio de forma inesperada, mesmo tendo sido relatada febre e tosse por mais de três semanas. Indagados aos dois pacientes e a Beto sobre a infecção latente por tuberculose, todos afirmaram não conhecer essa doença.

Na ocasião, perguntou-se ao namorado de Carol se ele foi convidado a comparecer à Unidade de Saúde para realização de exames. Beto respondeu que sim, mas não se interessou, pois estava bem, sem qualquer sintoma, “como aqueles que observou em Carol”.

A forma de transmissão da tuberculose era uma incógnita para todos. Contudo, Saulo desconfiava que pegou a doença ao compartilhar o mesmo cigarro de maconha com colegas e criticou o hábito que possuía. Na opinião de Carol, a doença chegou porque usava roupas curtas no inverno. Em relação à percepção dos pacientes como transmissores diretos da doença, Saulo não soube responder e disse ter ficado preocupado: “será que passou para alguém?” Entretanto, Carol respondeu que sim, pois tinha transmitido a doença para a filha de dois anos, durante a amamentação e admitiu sentir “muita tristeza por isso”.

No que se refere ao tratamento, Saulo afirmou que o tempo era de seis meses, mas como tinha melhorado, disse que não ia mais à clínica pegar os remédios todos os dias, “para deixá-los para outra pessoa que precisasse mais”. Acrescentou que “logo deixaria de tomar a medicação, já que não tinha mais queixas e até ganhou peso”. Sobre os riscos para aquele que interrompe o tratamento de tuberculose, ambos os pacientes responderam que “não existiam riscos” e indagados sobre o que era tuberculose resistente, disseram “desconhecer a doença”.

No tocante à prevenção, Saulo lembrou que sua mãe “... [...] separava talheres, pratos e toalhas de banho do seu pai, para proteger a si própria e aos filhos pequenos da tuberculose”. Sobre o uso de máscaras, declarou que não sabia para quê usar e citou o fato de “ninguém ter pedido que usasse”. Carol referiu ter usado máscaras uns dias, mas não entendeu o porquê.

Roda de conversa: falas, escutas e reflexões

A terceira visita domiciliar reuniu os dois pacientes no quintal da casa de Carol, o seu namorado e a agente comunitária de saúde e oportunizou o desenvolvimento de ações de educação e saúde pela estudante.

Com base em Freire, optou-se pelo uso de uma linguagem simples e clara para elucidar equívocos identificados. Decidiu-se por dar voz aos participantes, ouvir seus relatos e valorizar suas histórias de vida (FREIRE, 2011).

Conversou-se sobre a infecção latente por tuberculose, bem como a tuberculose e os fatores dela advindos. Embora não tenha mostrado vontade em comparecer a clínica quando solicitado, Beto demonstrou interesse pela conversa e apresentou surpresa e preocupação com a possibilidade de ter a infecção latente por tuberculose. Enfatizou-se a importância do tratamento da infecção latente como medida preventiva da tuberculose ativa, o que levou Beto a vários questionamentos sobre a forma de tratamento. Mas, mesmo assim, não quis se comprometer com a agente comunitária de saúde, que ofereceu o agendamento de uma consulta na unidade de saúde, alegando um horário muito intenso de trabalho.

Dialogou-se sobre a forma de transmissão da doença, procurando-se anular ou amenizar o sentimento de culpa de Carol por ter, em sua convicção, passado a tuberculose para sua filha, durante a amamentação.

Esclareceu-se equívocos como a associação que fazem de cura da doença a melhorias dos sinais e sintomas. Esclareceu-se que a cura da tuberculose é um desfecho vinculado ao cumprimento do tratamento por no mínimo seis meses, conforme protocolado pelo Ministério da Saúde, e que só pode ser determinado pelo médico, independente da sensação de cura e do bom estado de saúde.

Explicou-se a Saulo que o SUS, garantia não só a ele, como a outras pessoas mais necessitadas ou não, o tratamento gratuito da doença. Mostrou-se a necessidade de que se apropriassem de seu direito ao tratamento gratuito de tuberculose que lhes é garantido pelo SUS e que aconselhassem familiares e pessoas conhecidas a procurarem a clínica de família para o diagnóstico precoce, na presença de qualquer sintoma da doença. Solicitou-se que todos se tornassem multiplicadores das informações recebidas.

Frente a um diálogo inicialmente tímido e que gradativamente foi integrando a todos, mostrou-se a importância de uma casa arejada e iluminada pelo sol para a prevenção da doença. Discutiu-se a necessidade de tratamento da infecção latente por tuberculose e a cura da doença ativa como importantes fatores de prevenção da doença, não só pela restauração da saúde do paciente, como pela possibilidade de se interromper o fluxo do *M. tuberculosis* e de se conter a evolução da doença para o estado de tuberculose resistente.

Ao final do diálogo, os participantes mostraram-se satisfeitos e relataram nunca ter participado de uma conversação sobre a tuberculose e elogiaram a ação desenvolvida.

Desfechos do tratamento da tuberculose durante a pandemia de Covid-19

Como parte do projeto, a estudante de medicina realizou o acompanhamento quinzenal dos pacientes, até o início de março de 2020, mês que se decretou o início da pandemia no Brasil. A partir de então, instaurou-se o isolamento social, o que exigiu o afastamento dos estudantes de toda e qual-

quer atuação no presencial, inclusive no campo de práticas. Portanto, a agente comunitária de saúde, deu continuidade ao acompanhamento dos pacientes, sendo o diálogo mantido por contato telefônico entre ela e a estudante.

Desta forma, constatou-se em relação ao desfecho do tratamento da tuberculose, que em fim de março de 2020, Carol, que vinha cumprindo rigorosamente o tratamento, mudou-se repentinamente do território, com o seu namorado, não obtendo-se mais notícias, se ela cumpriu ou não o tratamento. Quanto a Saulo, em abril do mesmo ano, constatou-se que o paciente após cumprir todas as etapas do tratamento, recebeu alta por cura da doença.

Vivências da estudante no cenário da extensão

A estudante de medicina, em uma breve análise, concluiu que a estratégia desenvolvida foi importante para a troca de conhecimentos sobre a tuberculose, junto aos pacientes e enfatizou que a experiência vivida contribuiu para a sua formação, por aproximá-la dos determinantes sociais de saúde e doença e inseri-la em um contexto de vulnerabilidade social, até então desconhecido.

Discussão

Os resultados obtidos demonstram que a relação do paciente com a tuberculose é entremeada pela desinformação, sensação de culpa pela doença e a impossibilidade de adoção de medidas preventivas frente às precárias condições observadas no território e por eles relatadas em relação às próprias moradias.

As demandas identificadas no território direcionaram a reflexão para alguns aspectos relacionados ao Plano pelo Fim da Tuberculose como um problema de saúde pública, em seu Pilar II, que recomenda a articulações intersetorial e intrassetorial entre instituições públicas, privadas e organizações comunitárias, sobretudo para o enfrentamento da pobreza e demais vulnerabilidades sociais (BRASIL, 2022; 2017; OMS, 2021).

No entanto, as condições ambientais descritas no território e na moradia dos pacientes evidenciam falhas na atuação das políticas públicas que perpetuam a estreita relação existente entre a pobreza e a tuberculose e demarcam populações vulneráveis e sujeitas ao convívio frequente com a doença. Os padrões de vida em uma comunidade corroboram a posição socioeconômica das famílias e influenciam as oportunidades individuais em termos de acesso à educação, informação, trabalho, qualidade de vida e interações sociais (BRASIL, 2019). Constata-se que a iniquidade social vai além da falta de acesso a bens materiais, caracterizando-se também como falta de oportunidades, de opções e de voz diante do Estado e da sociedade (BUSS e FILHO, 2006).

São frequentes as dificuldades de acesso das populações vulneráveis à informação e o fato foi constatado durante entrevistas realizadas. Observou-se o desconhecimento de características básicas da doença pelos integrantes do estudo, motivando o retardo de busca pelo diagnóstico, mesmo diante de sinais e sintomas da tuberculose. Recomenda-se a ampliação do conhecimento sobre a tuberculose como base para a busca pela assistência médica frente a qualquer suspeita de manifestação da doença e para o fortalecimento da adesão ao tratamento (BRASIL, 2019).

Os equívocos detectados sobre a forma de transmissão da doença e ainda a falta de conscientização de que durante um período podem atuar como transmissores do *M. tuberculosis* geram neles

a sensação de culpa quando se descobrem doentes e quando a doença se manifesta em seus entes queridos. Associado à falta de informação, tem-se a melhoria de sinais e sintomas da doença, durante uso da medicação, que se configura para os pacientes como cura e essa falsa certeza corrobora a desvalorização do uso da medicação, motivando o abandono e até irregularidades na sua forma de uso.

Os fatos evidenciam a necessidade de intervenção pelos profissionais de saúde com a oferta de ações de educação e saúde junto aos pacientes para a troca e produção de conhecimentos sobre a tuberculose, fortalecendo a sua adesão ao tratamento e oferecendo apoio durante todo o processo. Conforme Freire (2011), o homem é um ser social, inserido em um contexto socioeconômico e cultural, que influenciam suas relações com o mundo e suas tomadas de decisões.

Segundo recomendação do Plano Nacional para o Controle da Tuberculose, os profissionais de saúde devem ser inseridos em programas de capacitação continuada para melhor atender a população. É importante que se apropriem das características da linha de cuidado da tuberculose e discutam com os seus pacientes os protocolos de tratamento, negociando parcerias e valorizando a adesão (BRASIL, 2021; 2017). Além de deter os conhecimentos sobre a tuberculose, é importante que os profissionais saibam empregá-los frente as especificidades de cada um de seus pacientes (Sá *et al.*, 2007) e esclarecer inclusive os aspectos relacionados às coinfeções.

Como prova dessa demanda, tem-se a atual elevação de número de casos de Covid-19 pela variante Ômicron e suas sub-linhagens, como a BQ.1 e BQ.1.1 em vários países, bem como em território nacional, gerando preocupações e apontando para um futuro incerto para os portadores da coinfeção TB/Covid.

Cabe, aos profissionais de saúde, a divulgação das medidas preventivas contra ambas as doenças. Recentemente, populações do mundo inteiro discutiram o uso ou não de máscaras, em função da pandemia de Covid-19, sendo duvidosa a sua eficácia para muitos. O debate retorna com a elevação de casos de Covid motivados pelas subvariante, Ômicron BQ.1 e BQ1.1. Todavia, sua função preventiva para a tuberculose é comprovada e, ainda assim, é esquecida por alguns profissionais e sua adoção pelos pacientes é desvalorizada frente ao desconhecimento que possuem (ALI e PRINS, 2016).

Outra forma de prevenção da tuberculose, ainda pouco ofertada pelos serviços de saúde e pouco praticada pelos profissionais de saúde e o tratamento da infecção latente por tuberculose. É importante que os profissionais atuem junto aos familiares para propagar informações, explicando a relevância do tratamento da infecção latente por tuberculose, conforme recomenda a OMS (2021), como medida preventiva contra a doença ativa e para a promoção da saúde.

Os serviços de saúde precisam considerar que as populações vulneráveis convivem com a dificuldade de acesso à educação e à informação, o que prejudica as tomadas de decisões, sobretudo em relação a sua saúde (BERTOLOZZI, *et al.*, 2009). Têm que constituir-se em uma rede de apoio aos pacientes com tuberculose, informando e dialogando sobre a presença de sinais e sintomas da tuberculose e a importância do diagnóstico precoce da doença e ainda, orientá-los durante todo o tratamento. A aquisição de conhecimentos, favorece o desenvolvimento de autonomia crítica, definida por Freire como um processo de amadurecimento, em busca do vir a ser. A autonomia crítica é base para o desejo de intervir e de transformar a realidade e o mundo, pelos sujeitos (FREIRE, 2011,2008).

Em relação ao desfecho do tratamento dos pacientes, confirmou-se que Saulo, que antes da roda de conversa declarou a intenção de abandono do tratamento da tuberculose, mesmo com as dificuldades impostas pelo período pandêmico, em abril de 2020, completou o seu tratamento e recebeu alta por cura da tuberculose. Além do desconhecimento sobre as características da tuberculose e do

tratamento, na visão de Saulo, seria um desperdício o uso de medicação na ausência dos sinais e sintomas, o que demonstra o desconhecimento de seus direitos à assistência à saúde ofertado pelo SUS. Conforme, Buss e Filho (2006) a iniquidade vai além da falta de acesso a bens materiais, gerando ainda, falta de oportunidades, de opções e de voz diante do Estado e da sociedade.

Em relação a Carol, que mudou de endereço sem a comunicação prévia do seu destino à equipe de saúde, foi concedido o desfecho de abandono. Além da recidiva da doença, o abandono pode motivar a resistência medicamentosa que impõe dificuldades ao processo de cura, gerando um tempo maior de tratamento, o uso de drogas específicas e consequente aumento de custos para o SUS (BRASIL, 2019). Estima-se que a redução do número de abandono impactaria positivamente o controle da doença, pois propiciaria a redução da incidência da tuberculose, da tuberculose resistente e de número de óbitos pela doença (BRASIL, 2019).

A cura obtida pela metade dos integrantes do estudo gerou uma análise positiva da ação realizada e trouxe a expectativa de que a ação de educação e saúde pode ter contribuído para que Saulo, propenso à interrupção do tratamento, atingisse a cura da doença.

Para a estudante, propiciou-lhe a oportunidade de ampliar seus conhecimentos sobre a tuberculose e a conhecer a complexidade da doença frente ao contexto de vida dos pacientes. O fato sugere a relevância de se pôr em prática mais projetos como este que integra pacientes, academia e comunidades para que os novos profissionais ampliem seu olhar sobre as especificidades que envolvem o paciente com tuberculose e o controle da doença.

Considerações finais

Ao analisar-se o paciente em tratamento de tuberculose, imerso em seu contexto social, evidencia-se a necessidade de intervenção no município do Rio de Janeiro pelas políticas públicas de urbanização com planos habitacionais eficazes integrados a saneamento básico, para que as populações vulneráveis possam se apropriar das medidas preventivas contra a tuberculose e abrir suas janelas e portas arejando e iluminando suas moradas. A urbanização planejada contribui para o convívio social, gera melhorias de acesso dos moradores a seu trabalho, a escola e a serviços de saúde, motivando-os para a busca de alternativas frente aos problemas detectados. A autonomia favorece a restauração e manutenção da saúde e pode gerar a compreensão da importância da cura em âmbitos pessoal e coletivo.

O Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose recomenda, em seu Pilar I, o cuidado integrado e centrado no paciente (BRASIL, 2017; 2021), considera como essencial o compromisso do paciente com a sua saúde. Contudo, sinaliza o compromisso das políticas públicas para o controle da doença. Neste estudo, detectou-se lacunas que acentuam a vulnerabilidade social e sustentam o ciclo vicioso de pobreza-doença. A iniquidade social dificulta, a aqueles que habitam casebres insalubres, a adoção de práticas preventivas da tuberculose, acentua a desinformação, enfraquece a adesão ao tratamento e impede a parceria da população para o controle da doença.

O controle da tuberculose exige a constante reorganização dos serviços de saúde para o implemento de novas formas de planejar, executar e desenvolver a assistência ao paciente, de maneira a traçar com eles parcerias para a adesão ao tratamento. Exige a perspicácia dos profissionais de saúde para a identificação de demandas específicas a cada caso, facilitando a cura da doença, a redução das taxas de abandono e diminuição de riscos para a tuberculose resistente.

O planejamento contido no Brasil Livre de Tuberculose para o período 2021-2025 recomenda trabalhar-se as especificidades locais, o que gera a perspectiva de articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de ações eficazes para o enfrentamento da pobreza e da doença (BRASIL, 2021). Ademais, traz a perspectiva de melhorias assistenciais e socioeconômicas que corroboram a promoção da saúde em áreas vulneráveis. Resta os gestores das diversas áreas das políticas públicas se sensibilizarem para isso.

Conforme descrito neste relato de experiência, não se pode afirmar que a cura de Saulo aconteceu em consequência da estratégia de educação e saúde desenvolvida, mas não se pode descartar a possibilidade de que o diálogo descontraído sobre a tuberculose pode ter favorecido a apropriação de saberes essenciais para o fortalecimento da adesão, pois só se aprende quando aquilo que se apresenta é entendido como de real importância para si (FREIRE, 2011). A cura alcançada por Saulo, prestes a abandonar o tratamento, gerou a perspectiva de que a associação entre a visita domiciliar e educação para a saúde pode contribuir para a adesão ao tratamento de tuberculose e que essa estratégia deve ser melhor explorada pelos profissionais de saúde.

Ademais, nos motiva a prosseguir com a estratégia adotada pelo projeto em curso, na expectativa de se obter resultados mais vultuosos e a prosseguir com o seu planejamento de maior integração entre a academia e as comunidades. Coaduna com a proposta da OMS (2021) de que as comunidades vulneráveis e afetadas pela tuberculose precisam ser engajadas e capacitadas para participação e alcance do controle da tuberculose.

A experiência vivenciada gerou a compreensão de que, muito embora a interrupção do tratamento seja uma decisão advinda do paciente, esse processo é multifatorial e deve ser melhor analisado junto às populações vulneráveis.

REFERÊNCIAS

- ALI, A.O.A.; PRINS, M.H. Patient knowledge and behavioral factors leading to non-adherence to tuberculosis treatment in Khartoum. **Journal of Public Health and Epidemiology**, v.8, n.11, p.316–325. 2016.
- BARREIRA, D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, p. 1-4. 2018.
- BERTOLOZZI, M. R.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P. DO VAL, L. F.; GUANILLO, M.C.T.U.; PEREIRAS, E. G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Rev Esc Enferm**, USP, v. 43, No. Espe2, p. 1326-30, 2009.
- BUSS, P. M.; FILHO, A. P. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose 2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília- DF. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/>. Acesso em: set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose no Município do Rio de Janeiro: Perspectivas e Desafios. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. 2022b. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Boletim_Epidemiologico_Tuberculose_no_MRJ_2022.pdf. Acesso em: out. 2022.
- BRAIL. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [Brasil livre da tuberculose - Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública: estratégias para 2021-2025 — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/saude/pt-br/publicacoes/brasil-livre-da-tuberculose-plano-nacional-pelo-fim-da-tuberculose-como-problema-de-saude-publica-estrategias-para-2021-2025). Acesso em: out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de Saúde Pública. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em: set 2022.
- DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface: Communication, Health, Education, v. 13, n. SUPPL. 1, p. 641- 649, 2009.
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Paz e Terra. 3 ed. São Paulo. Paz e Terra. 2008.p. 6-179.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 31 ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2011.p. 6-189.
- LOPES, R. H.; DE MENEZES, R. M. P.; DA COSTA, T. D.; DE QUEIROZ, A. A. R.; CIRINO, I. D.; DA CUNHA GARCIA, M. C. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n. 3, p. 661-671.2013.
- MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29 ed, Petrópolis. RJ: Vozes. 2010, 80 p.

MUSTAFA, M.; MAKHAWI, A. What Learned from Omicron Sub-Variants BQ.1 and BQ.1.1. **Preprints**. 2022. Disponível em: <https://www.preprints.org/manuscript/202210.0361/v1>. Acesso em: Out. 2022.

PEREIRA, A. G.; ESCOSTEGUY, C. C.; VALENCIA, L. I. O. A.; MAGALHÃES, M. A. F. M.; MEDRONHO, R. A. Análise espacial de casos de tuberculose e associação com fatores socioeconômicos: uma experiência no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet**, v. 26, n. 2, p. 203-140, 2018.

ROCHA, D. D. S.; ADORNO, R. D. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, 21, p. 232-245. 2012.

SÁ, L. D.; SOUZA, K. M. J.; NUNES, M. G.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 712-8, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Pan-American Health Organization (OPAS). Reach key & Vulnerable populations. Ending the issues faced by key communities, is critical to ending TB. 2022. Disponível em: <https://www.stoptb.org/prioritize-people-human-rights-gender/reach-key-vulnerable-populations>. Acesso em: out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pan-American Health Organization. Tuberculosis deaths are increasing for the first time in more than a decade due to the COVID-19 pandemic. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/14-10-2021-mortes-por-tuberculose-aumentam-pela-primeira-vez-em-mais-uma-decada-devido>. Acesso em: out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Report 2020. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>. Acesso em: out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The end TB strategy. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: https://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1. Acesso em: set. 2022.