

AVALIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE SOB PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Assessment of access to tuberculosis treatment from the perspective of users in primary care

Evaluación del acceso al tratamiento de tuberculosis desde la perspectiva de los usuarios en la atención primaria

Bruna Carolynne Tôrres Müller¹, Pammela Cristhynne Tôrres Müller², Leticia de Almeida da Silva³, Ananda Santos Freitas⁴, Magnólia de Jesus Sousa Magalhães⁵

Como citar este artigo:

Müller BCT, Müller PCT, Silva LA, Freitas AS, Magalhães MJS. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob perspectiva dos usuários na atenção primária. 2021 jan/dez; 13:1037-1043. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9897>.

RESUMO

Objetivo: avaliar o acesso ao tratamento em pessoas com Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa, realizada na cidade de Caxias-Maranhão. Obteve-se uma amostra de 133 participantes, porém foram entrevistados 100 pacientes. **Resultados:** as maiores prevalências ocorreram em homens 55 (55%), com ensino fundamental incompleto 57 (57%). Percebeu-se também, que o acesso ao tratamento é centralizado e os indicadores geográficos foram considerados satisfatórios, como, realização do tratamento na unidade mais próxima 100 (100%), consulta médica em 24 horas 91 (91%), medicamentos 99 (99%), tempo menor de 60 minutos para se consultar 87 (87%). **Conclusão:** desta forma, este estudo demonstrou associação significativa em relação ao tratamento de tuberculose diante das variáveis de estudo. Portanto, garantir o acesso não é suficiente para o êxito do tratamento, refletindo a necessidade de novas estratégias que visem a promoção da saúde da população. **DESCRIPTORIOS:** Tuberculose; Doença infectocontagiosa; Avaliação de serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Enfermagem.

1 Enfermeira pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7477283707389990>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1197-8277>

2 Enfermeira pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0959540398573719>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6077-3716>

3 Enfermeira pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM). Mestranda pelo programa de Pós-Graduação em Ciência e Saúde pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0553112811064076>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4435-6909>

4 Enfermeira pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Residente em Saúde da Família e Comunidade-UEMA. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7576044343945915>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6420-3945>

5 Nutricionista pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Doutorado em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde pela Universidade Luterana do Brasil. Professora Assistente da Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9915193601653792>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4869-019X>

ABSTRACT

Objective: to evaluate access to treatment in people with Tuberculosis in Primary Health Care. **Methods:** this is a cross-sectional, descriptive and observational study, with a quantitative approach, carried out in the city of Caxias-Maranhão. A sample of 133 participants was obtained, but 100 patients were interviewed. **Results:** the highest prevalence occurred in men 55 (55%), with incomplete primary education 57 (57%). It was also noticed that access to treatment is centralized and geographic indicators were considered satisfactory, such as treatment at the nearest unit 100 (100%), medical consultation in 24 hours 91 (91%), medicines 99 (99 %), less than 60 minutes to consult 87 (87%). **Conclusion:** thus, this study demonstrated a significant association in relation to the treatment of tuberculosis in view of the study variables. Therefore, ensuring access is not sufficient for the success of treatment, reflecting the need for new strategies aimed at promoting the population's health.

DESCRIPTORS: Tuberculosis; Infectious disease; Evaluation of health services; Access to health services; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el acceso al tratamiento en personas con tuberculosis en Atención Primaria de Salud. **Método:** estudio transversal, descriptivo y observacional, con enfoque cuantitativo, realizado en la ciudad de Caxias-Maranhão. Se obtuvo una muestra de 133 participantes, pero se entrevistó a 100 pacientes. **Resultados:** la prevalencia más alta ocurrió en hombres 55 (55%), con educación primaria incompleta 57 (57%). También se observó que el acceso al tratamiento está centralizado y los indicadores geográficos se consideraron satisfactorios, como el tratamiento en la unidad más cercana 100 (100%), consulta médica en 24 horas 91 (91%), medicamentos 99 (99%), menor 60 minutos para consultar 87 (87%). **Conclusión:** por lo tanto, este estudio demostró una asociación significativa en relación con el tratamiento de la tuberculosis debido a las variables del estudio. Por lo tanto, garantizar el acceso no es suficiente para el éxito del tratamiento, lo que refleja la necesidad de nuevas estrategias destinadas a promover la salud de la población.

DESCRIPTORES: Tuberculosis; Enfermedad infecciosa; Evaluación de servicios de salud; Acceso a servicios de salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que tem como agente etiológico o *Micobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch (BK), é mundialmente um dos principais problemas de saúde pública, o que exige o desenvolvimento de estratégias para seu controle.¹⁻²

O Brasil faz parte do grupo de 30 países com a maior carga da doença no mundo priorizados pela Organização Mundial de Saúde, ocupando a 20ª posição em número absoluto de casos, tem destaque, ainda, por sua participação no BRICS (bloco formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), cujos países somam cerca de 50% dos casos de tuberculose no mundo.³

Dentre os estados que compõe a região Nordeste, o Maranhão ocupa a quarta posição por região em casos de TB, possuindo oito municípios considerados prioritários para o controle da doença, sendo, Açailândia, Caxias, Timon, Imperatriz, São Luís, São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Codó por apresentarem população acima de 100.000 habitantes e carga bacilar elevada, sendo sua incidência de 28,9/100.000 habitantes e taxa de mortalidade de 2,3/100.000 habitantes.⁴

No município de Caxias, um dos prioritários do estado, conforme os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), apresentou entre os anos de 2015 a 2017 notificação de 203 casos de tuberculose, apresentando dessa forma um grande percentual de pacientes com a doença.⁵

Estudos realizados com o objetivo de avaliar o acesso ao tratamento aos pacientes de TB mostraram-se fundamentais, uma vez que demonstram as melhorias que são necessárias para aprimorar a execução do programa, como o acesso e a adesão ao tratamento.^{1,6-7}

A avaliação ao acesso ao tratamento dessa patologia é de extrema importância para que sejam elaboradas medidas de intervenção que visem a disseminação do conhecimento a respeito da doença e o acesso ao tratamento. Deste modo, a pesquisa é essencial para a construção de indicadores, para atualização de dados sobre o tema, visto que há uma necessidade para que possam auxiliar os profissionais frente aos pacientes com TB.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo avaliar o acesso ao tratamento em pessoas com Tuberculose na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal, descritivo e observacional, com abordagem de natureza quantitativa, realizada através da coleta dos dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Caxias (MA), com as informações provenientes SINAN.⁵

A pesquisa foi realizada em 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. A seleção amostral considerou o total de pacientes com diagnóstico de tuberculose em acompanhamento com as UBS, correspondendo a uma população de 203 pacientes, referentes ao período de 2015-2017. O cálculo inicial determinou que deveria ser avaliados 133 pacientes, entretanto, participaram da pesquisa 100 doentes de TB, em virtude de que 20 se recusaram e 13 não foram encontrados em suas residências.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2018, no período de março a junho, com duração de aproximadamente três meses. Realizou-se visitas domiciliares acompanhada com os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) das respectivas UBS, explicitados os objetivos do estudo e aplicação do questionário aos pacientes nas residências e nos postos de saúde.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para a pesquisa: pacientes maiores de 18 anos de idade, residentes no município de Caxias-MA, pacientes curados, que receberam alta e os que estavam em tratamento. Foram utilizados como critérios de exclusão, doentes acompanhados no sistema prisional, ser residente de zona rural e/ou bairro sem cobertura de Estratégia Saúde da Família e ser paciente com as seguintes situações de encerramento no programa: óbito por tuberculose ou outras causas.

Os instrumentos para a avaliação se deu com base no questionário *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), já utilizado por outro estudo.⁸ Esse instrumento, que avalia cada uma das dimensões da APS, foi adaptado e validado para o Brasil por meio de sua aplicação no município de Petrópolis/RJ e, posteriormente, foi adaptado para a atenção à TB.⁹⁻¹⁰

O entrevistado respondeu cada pergunta do questionário segundo uma escala de possibilidade pré-estabelecida, tipo *Likert*, à qual foi atribuído um valor entre zero a cinco. O valor zero atribuído a resposta “não sei” ou “não se aplica”, e os valores de um a cinco registrarão o grau de preferência (ou concordância) com as afirmações: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre.¹⁰

Para cada questão foi determinado um escore médio que corresponde somatória dos *escores* (categorias) das respostas do doentes, dividido pelo total de doentes entrevistados. Este *escore* médio que foi classificado como: não satisfatório (valores próximos entre um e dois); regular (próximo a três) e satisfatório (próximo a quatro e cinco).⁶

A análise dos dados foi realizada usando-se a planilha eletrônica Excel® 2003 for Windows, sendo que posteriormente foram submetidos à análise estatística por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS versão 20.0). Os dados foram analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, e organizados em tabelas e gráficos, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

O Teste qui-quadrado foi aplicado para avaliar as variáveis de acesso ao tratamento em relação a variável sexo. A associação será estatisticamente significativa quando o valor de $p < 0,05$.

Em consonância com o exigido pelas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução nº 466/2012, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, aprovado com o parecer nº 2.789.168 em 28 de julho de 2018.¹¹

RESULTADOS

Foram entrevistados 100 pacientes com tuberculose, os dados indicaram que a maioria da população estudada é do sexo masculino 55 (55%), ensino fundamental incompleto 57 (57%), em relação ao local e condição de moradia, foi observado que 87 (87%) residiam em casa própria, e destes 98 (98%) são casas de alvenaria e dois (2%) correspondeu a outros (em situação de rua), quanto ao número de cômodos por domicílio 51 (51%) possuem cinco cômodos ou mais, (36%) quatro cômodos e (11%) três cômodos, Tabela 1.

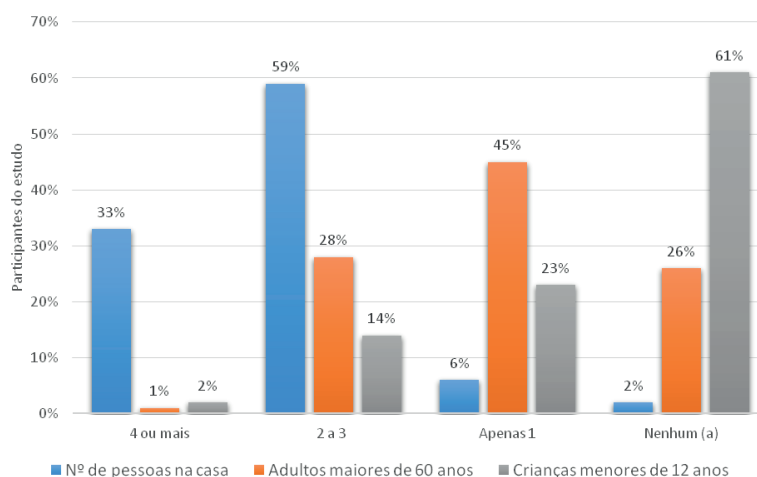
Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de pacientes com diagnóstico de tuberculose atendidos na Atenção Primária à Saúde. Caxias, MA, Brasil, 2018

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	55	55,0
Feminino	45	45,0
Escolaridade		
Sem Escolaridade	17	17,0
Ensino Fundamental (1º grau incompleto)	57	57,0
Ensino Fundamental (1º grau completo)	8	8,0
Ensino Médio (2º grau incompleto)	11	11,0
Ensino Médio (2º grau completo)	7	7,0
Moradia		
Própria	87	87,0
Alugada	11	11,0
Não tem moradia	2	2,0
Tipo de moradia		
Alvenaria	98	98,0
Outros	2	2,0
Número de cômodos		
3 Cômodos	11	11,0
4 Cômodos	36	36,0
5 Cômodos ou mais	51	51,0
Nenhum	2	2,0
Total	100	100,0

Fonte: Dados do estudo, 2018.

Em relação ao número de moradores por domicílio, 33 (33%) tinham quatro ou mais pessoas residindo na mesma casa, 59 (59%) duas a três pessoas, seis (6%) apenas uma pessoa e dois (2%) não moravam com nenhum familiar. Ao que se refere aos adultos maiores de 60 anos, um (1%) tinham quatro ou mais idosos nas casas e 26 (26%) não tinham idosos na residência. No que se refere a crianças menores de 12 anos, uma casa (1%) corresponde de quatro ou crianças e 61 (61%) não tinham nenhuma criança, Gráfico 1.

Gráfico 1 - Dados relativos ao número de familiares que residem com os participantes do estudo diagnosticados com tuberculose. Caxias, MA, Brasil, 2018



Fonte: Dados do estudo, 2018.

Tabela 2 - Caracterização do acesso dos usuários na Atenção Primária de Saúde. Caxias - MA, Brasil, 2018

Variáveis	N	%	Sexo				P
			Feminino		Masculino		
			n	%	n	%	
Consulta médica de controle e tratamento supervisionado em UBS							
Sim	100	100	45	45	55	55	0,000 ^c
Tratamento na unidade de saúde mais próxima de casa^a							
Sempre	100	100	45	45	55	55	0,000 ^c
Consulta médica em 24h, se mal-estar por conta da TB ou medicação^a							
Nunca	3	3	1	33,3	2	66,7	0,302
Às vezes	2	2	1	50	1	50	
Quase sempre	4	4	0	0	4	100	
Sempre	91	91	43	47,3	48	52,7	
Informações ou marcação de consulta por telefone^a							
Nunca	95	95	41	43,2	54	56,8	0,107
Às vezes	5	5	3	60	2	40	
Transporte motorizado para ir à consulta^b							
Sempre	23	23,0	7	30,4	16	69,6	0,031 ^c
Quase sempre	23	23	9	39,1	14	60,9	
Às vezes	39	39	22	56,4	17	43,6	
Quase nunca	4	4	4	100	0	0	
Nunca	11	11	3	27,3	8	72,7	
Gasto com transporte para consultar^b							
Sempre	18	18	4	22,2	14	77,8	0,042 ^c
Quase sempre	16	16	5	31,3	11	68,8	
Às vezes	41	41	25	61	16	39	
Quase nunca	5	5	3	60	2	40	
Nunca	20	20	8	40	12	60	
Falta de medicação durante tratamento^b							
Às vezes	1	1	1	100	0	0	0,267
Nunca	99	99	44	44,4	55	55,6	
Tempo maior que 60min na consulta^b							
Quase sempre	2	2	2	100	0	0	0,091
Às vezes	3	3	2	66,7	1	33,3	
Quase nunca	8	8	1	12,5	7	87,5	
Nunca	87	87	40	46	47	54	
Visita domiciliar pelo profissional que acompanha o tratamento^a							
Nunca	96	96	43	44,8	53	55,2	0,560
Às vezes	1	1	0	0	1	100	
Quase sempre	1	1	1	100	0	0	
Sempre	2	2	1	50	1	50	
Total	100	100	45		55		

Fonte: Dados do estudo, 2018. ^aCategorias das respostas às questões que compuseram a variável: 1=nunca; 2=quase nunca; 3=às vezes; 4=quase sempre; 5=sempre; ^bCategorias das respostas às questões que compuseram as variáveis: 5=nunca; 4=quase nunca; 3=às vezes; 2=quase sempre; 1=sempre; ^cEstatisticamente significativo.

Quanto às variáveis realização de consulta médica de controle, tratamento supervisionado em UBS e tratamento no posto próximo as residências, os resultados evidenciaram que todas obtiveram 100 (100%) com avaliações satisfatórias e resultados extremamente significativos, Tabela 2.

No que concerne a variável, consulta médica em 24h, 91 (91%) dos pacientes confirmaram que sempre conseguiram consulta nesse prazo, com desempenho satisfatório, porém com resultado não significativo ao estudo ($p=0,302$).

No entanto, as variáveis, uso de transporte motorizado para ir a consulta e despesas com deslocamento, correspondeu respectivamente a 39 (39%) relataram que às vezes faziam uso de transporte e 41 (41%) às vezes pagavam, obtendo avaliações regulares e resultados significativos em ambos os indicadores.

Na variável, recebe visita domiciliar pelo profissional, 96 (96%) dos pacientes avaliaram de forma insatisfatória, assemelhando ao indicador de informações ou marcação de consulta por telefone, com 95 (95%) de respostas, e ambas não apresentaram resultados significativos a pesquisa ($p=0,560$; $p=0,107$).

Por último, a falta de medicamentos durante o tratamento não foi algo que ocorreu para a maioria das pessoas com TB assim como espera por mais de 60 minutos para ser consultado, sendo 99 (99%) e 87 (87%) respectivamente avaliações de forma satisfatória, porém, ambas não foram significativas com base nos dados obtidos ($P=0,267$; $P=0,091$).

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados demonstram assim como em outro estudo, que a TB ainda acomete na maior parte dos casos, pessoas em vulnerabilidade social, ou seja, aquelas com condições sócio-demográficas precárias, com baixa escolaridade e alta densidade domiciliar. Neste estudo, os doentes que vivem com uma a duas pessoas são maioria, porém, o percentual daquelas que convivem com quatro ou mais pessoas é preocupante.¹²

A pesquisa evidenciou maior prevalência dos casos de TB no sexo masculino, padrão semelhante ao encontrado em estudos conduzidos no estado de Minas Gerais, Paraná e Belém, respectivamente.^{7,13-14} Em contrapartida, um estudo realizado em Curitiba, a maior prevalência era no sexo feminino (90%).¹⁵

O gênero, além de tornar um risco para desenvolvimento de TB, define diferentes formas de enfrentamento e consequências sociais da doença, inerente para homens e mulheres. Nesse sentido, o homem rejeita o tratamento pela capacidade de perda salarial e do emprego, visto que, na maioria das famílias se apresentam como a única e maior fonte de renda familiar.¹⁶

Destaca-se enquanto indicador social, o baixo nível de escolaridade pode influenciar negativamente na percepção da doença e menor autocuidado, retardando a procura pelo serviço de saúde, e, conseqüentemente, o diagnóstico e tratamento da TB, refletindo as condições socioeconômicas precárias que aumenta a vulnerabilidade à doença.¹⁷⁻¹⁸ Este

achado assemelha-se a estudos realizados em Rio Grande do Norte e Campina Grande.¹⁹⁻²⁰

Com relação ao local e condição de moradia, uma parcela possui melhores condições de habitação, no entanto, pequenos ambientes, úmidos, fechados e com aglomerados de pessoas favorecem a transmissão da doença que ocorre por via aérea. É evidente que o risco para desenvolvimento de TB em domicílios com mais de quatro pessoas foi considerado cerca de três vezes maior quando comparado com duas ou menos.²¹

Resultados semelhantes a esses foi encontrado em outro estudo, no Paraná.¹³ Em dissonância com esses dados, um estudo realizado em Campina Grande, evidenciou que 64,2% afirmaram que moravam com quatro ou mais pessoas.²⁰

O oferecimento de consultas médicas com facilidade, pode indicar que as unidades de referência mantêm a regularidade das consultas de controle, garantindo o acompanhamento da evolução do tratamento de TB e estímulo ao uso correto da medicação.^{1,4,22} Estudos realizados em Juiz de Fora e no Maranhão corroboram aos encontrados na pesquisa.^{7,23}

Foi possível identificar, prioritariamente entre os participantes, a busca para tratamento em UBS do bairro de residência, possivelmente à facilidade de acesso ao atendimento, diagnóstico e tratamento da TB, economia com transporte e redução no tempo de deslocamento.²⁴ Em estudo análogo realizado em Teresina, reforça os achados da pesquisa, contudo, o estudo realizado em Campina Grande-PB, 69% não fizeram o tratamento em unidades de saúde perto do seu domicílio.^{20,25}

No que concerne a consulta médica em 24h, o estudo, em Itaboraí – RJ corrobora ao encontrado na pesquisa.²⁶ Os resultados mostram-se favoráveis indicando garantia de acesso ao serviço de saúde. Este aspecto diminui a incidência do abandono ao tratamento já que os profissionais de saúde estão acessíveis para orientar, avaliar e acompanhar o estado de saúde do paciente.^{13,27}

Nesses serviços, após o ingresso do paciente no Plano Nacional de Controle da Tuberculose, todo atendimento é realizado diretamente pela equipe, e isso deve facilitar a obtenção de consultas e fluxo do atendimento no cenário dos serviços de saúde, não necessitando marcações de consulta ou informações por telefone e nem espera por mais de 60 minutos.²⁶

Quando se reconhece que os fatores socioeconômicos influenciam no acesso ao tratamento, percebe-se que, apesar de gratuito, a ausência de benefícios, ou suporte, pode obstruir a continuidade do tratamento. Esses indivíduos geralmente apresentam debilidade física ocasionada pela doença, repercutindo em diminuição da renda familiar.²⁸

Com base nos resultados da pesquisa, estudo realizado no Paraná, se assemelha ao encontrado na pesquisa com 59% que fazem uso de transporte motorizado, quanto ao gasto de despesa, nessa mesma pesquisa, foi obtido 45,2% sempre gastam o que diverge do que foi encontrado.²⁹ No entanto, os resultados do estudo realizado em Belém, divergem completamente do que foi obtido.¹⁴

O indicador falta de medicamentos durante o tratamento foi avaliado como satisfatório e evidenciado como potencialidade dos serviços de saúde de controle à TB. Assim,

pressupõe-se que os esquemas terapêuticos custeados pelo governo e distribuídos de forma gratuita constituem um dos fatores que favorece a adesão dos pacientes.¹³ Estudo realizado no Rio de Janeiro, no que se refere a oferta de medicamento, entram em consenso ao da pesquisa.²⁶

Outro fator preocupante é a ausência de visitas domiciliares, que não constitui uma prática nesses serviços, configurando perda de oportunidade para orientações sobre o tratamento, acompanhamento da evolução clínica e exames de contatos, visto que esta atividade permite conhecer o contexto socioeconômico em que estão inseridos, além de identificar suas dificuldades.^{6,30} Com base nos resultados do estudo em Ribeirão Preto, em que 82% dos pacientes relataram receber visita domiciliar por parte dos profissionais, é antagônico ao encontrado na pesquisa.²²

O presente estudo teve por limitação a utilização de dados secundários, o que o torna passível a falhas de preenchimento e/ou incompletude de informações nas fichas de notificação e no livro de registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de TB, o que interfere diretamente na divulgação de informações que retratam de maneira real o perfil e o manejo dos casos no município, além do fato de avaliar os serviços de saúde, pois cada uma possui sua singularidade e está em processo de planificação.

CONCLUSÃO

Em suma, evidenciou-se o perfil epidemiológico pertencente, em sua maioria, ao sexo masculino, de ensino fundamental incompleto, residindo em casa própria e vivendo com duas a três pessoas por domicílio. Analisou-se o acesso ao tratamento de TB nos serviços vinculados às UBS do município de Caxias-MA ressaltando, que os serviços de atendimento ao tratamento de TB é centralizado e os indicadores geográficos de acesso foram considerados satisfatórios pelos participantes da pesquisa sendo estes, realização do tratamento na unidade mais próxima, consulta médica em 24 horas, medicamentos, tempo menor de 60 minutos para se consultar.

Contudo, garantir o acesso não é suficiente para o êxito do tratamento, refletindo a necessidade de novas estratégias que visem a promoção da saúde da população. Desse modo, a pesquisa é essencial para a construção de indicadores e para atualização de dados sobre o tema, para que possam auxiliar os profissionais, sobretudo das UBS em sua atuação frente aos portadores de TB, pois os mesmos poderão prestar uma assistência planejada e de qualidade, bem como, melhorar a garantia de acesso aos pacientes do município de Caxias-Ma.

Espera-se que o estudo contribua com informações relevantes para o adequado controle da doença e para a tomada de decisão dos gestores e dos profissionais da saúde, contribuindo para acabar com a TB como uma grave problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Sousa KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2010 [acesso em 13 de dezembro 2017]; 44(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400007>.

2. Rodrigues AMX, Silva KMR, Vieira MDR, Macedo TF. Epidemiologia da tuberculose no Brasil nos últimos 10 anos. *Rev. Enferm. UFPI*. [Internet]. 2016 [acesso em 15 de janeiro 2018]; 5(2). Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v5i2.4871>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 05 de setembro 2017]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/05/plano-nac-tuberculose-29jun17-alta-resolucao.pdf>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose: 2018 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 03 de março 2018]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>.
5. Maranhão. Secretária Municipal de Caxias. Sistema Nacional de Notificação de Agravos de Notificação. Fichas de notificação/ investigação de tuberculose. Caxias: Prefeitura de Caxias; 2017.
6. Cecilio HPM, Higarashi IH, Marcon SS. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. *Acta Paul. Enferm.* (Online). [Internet]. 2015 [acesso em 26 de fevereiro 2018]; 28(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500005>.
7. Pereira JC, Silva MR, Costa RR, Guimarães MDC, Leite ICG. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2015 [acesso em 17 de maio 2018]; 49(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005304>.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
9. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde debate*. [Internet]. 2003 [acesso em 11 de fevereiro 2018]; 27(65). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394027>.
10. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2009 [acesso em 22 de novembro 2017]; 35(6). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n6/v35n6a14.pdf>.
11. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde: CNS; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
12. Furlan MCR, Oliveira SP, Marcon SS. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná*. *Acta Paul. Enferm.* (Online). [Internet]. 2012 [acesso em 09 de junho 2018]; 25(1). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_17.pdf.
13. Furlan MCR, Marcon SS. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários. *Cad. saúde colet.*, (Rio J.). [Internet]. 2017 [acesso em 09 de junho 2018]; 25(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201700030139>.
14. Neves RR, Ferro PS, Nogueira LMV, Rodrigues ILA. Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. *Rev. Pesqui.* (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). [Internet]. 2016 [acesso em 10 de agosto 2018]; 8(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v8.4313>.
15. Oliveira VBCA, Veríssimo MLRC. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2015 [acesso em 10 de julho 2018]; 49(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004>.
16. San Pedro A, Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Rev. panam. salud pública*. [Internet]. 2013 [acesso em 15 de abril 2018]; 33(4). Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/294-301/pt>.
17. Lindoso AABP, Waldman EA, Komatsu NK, Figueiredo SM, Taniguchi M, Rodrigues CL. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2018 acesso em 04 de dezembro 2018]; 42(5). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6947.pdf>.

18. Sousa R, Nobre MSRS. Avaliação da relação do número de sintomáticos respiratórios e os casos confirmados de tuberculose em Palmas-To no período de 2015-2016. *Rev. Patologia do Tocantins*. [Internet]. 2018 [acesso em 24 de novembro 2018]; 5(2). Disponível em: <https://doi.org/10.20873/ufp.2446-6492.2018v5n2p29>.
19. Vieira VA. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. *Rev. FAE*. [Internet]. 2010 [acesso em 22 de novembro 2017] Curitiba; 5(1). Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/449/344>.
20. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2009 [acesso em 20 de março 2003]; 43(5). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/265.pdf>.
21. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. *Microbiologia médica*. Rio de Janeiro: 6 ed; 2010.
22. Arakawa T, Arcênio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev. latinoam. enferm. (Online)*. [Internet]. 2011 [acesso em 11 de novembro 2017]; 19(4). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf.
23. Neto MS, Silva FL, Sousa KR, Yakamura M, Popolin MP, Arcênio RA. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2012 [acesso em 23 de setembro 2017]; 38(6). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n6/v38n6a07.pdf>.
24. Palha PF, Silva LMC, Wysocki AD, Andrade RLP, Protti ST, Scatena LM, et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2012 [acesso em 04 de junho 2018]; 46(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n2/a11v46n2.pdf>.
25. Santos TMMG, Nogueira LT, Santos LNM, Costa CM. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet]. 2012 [acesso em 22 de agosto 2018]; 20(3). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2542/2873>.
26. Lafaiete RS, Silva CB, Oliveira MG, Motta MCS, Villa TCS. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí/RJ. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2011 [acesso em 27 de junho 2018]; 15(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/07.pdf>.
27. Rocha JL, Silva CHL, Cyriaco CSS, Cury MEC, Oliveira MG, Gasparotto FS, et al. Farmacovigilância em tuberculose: relato de uma experiência no Brasil. *Vigil. sanit. debate*. [Internet]. 2015 [acesso em 09 de setembro 2018]; 3(2). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282452205_Farmacovigilancia_em_tuberculose_relato_de_uma_experiencia_no_Brasil.
28. Ferreira KR, Orlandi GM, Silva TC, Bertolozzi MR, França FOS, Bender A. Representações sobre a adesão ao tratamento da Tuberculose Multidrogas Resistente*. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2018 [acesso em 24 de novembro 2018]; 52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018010303412>.
29. Furlan MCR, Barreto MS, Marcon SS. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas de saúde e ambulatorios de referência. *Rev. Enferm. UFPE. (Online)*. [Internet]. 2017 [acesso em 30 de novembro 2018]; 11(10). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201712>.
30. Moraes MFV, Corrêa RGCF, Coutinho NPS, Caldas AJM, Silva TC, Santos KCB, et al. Perfil epidemiológico de casos de tuberculose em um município prioritário no estado do Maranhão. *Rev. Pesq. Saúde*. [Internet]. 2017 [acesso em 13 de junho 2018]; 18(3). Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/10149/5903>.

Recebido em: 07/04/2020

Revisões requeridas: 29/06/2020

Aprovado em: 31/10/2020

Publicado em: 01/07/2021

Autora correspondente

Bruna Carolynne Tôrres Müller

Endereço: Rua Victor Gonçalves Neto, QD C06,

Nova Caxias, Brasil

CEP: 65.604-348

Email: brunamuller48@gmail.com

Número de telefone: +55 (99) 996476226

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**