

Perfil dos casos de tuberculose assistidos pelo tratamento diretamente observado em um município Amazônico

Profile of tuberculosis cases assisted by directly observed treatment in an Amazonian municipality

Perfil de casos de tuberculosis atendidos por tratamiento de observación directa en un municipio Amazónico

Recebido: 10/09/2021 | Revisado: 19/09/2021 | Aceito: 21/09/2021 | Publicado: 23/09/2021

Rafaele Oliveira Bonfim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8157-2323>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: rafaelebonfim@alumni.usp.br

Melisane Regina Lima Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1694-5124>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: melisanerlf@usp.br

Tatiane Cabral Siqueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3860-1261>

Universidade Federal de Rondônia, Brasil

E-mail: tatianecabralstiqueira@gmail.com

Nilda de Oliveira Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3580-7686>

Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia, Brasil

E-mail: nilda_fofinha@hotmail.com

Gisele Aparecida Soares Cunha de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7226-4476>

Universidade Federal de Rondônia, Brasil

E-mail: gisele.souza.unir@gmail.com

Nathalia Halax Orfão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8734-3393>

Universidade Federal de Rondônia, Brasil

E-mail: nathaliahalax@unir.com

Resumo

Objetivo: Analisar os casos de tuberculose (TB) sob o regime do Tratamento Diretamente Observado (TDO) em Porto Velho-RO, entre 2010 a 2017. Método: Estudo descritivo, realizado de forma transversal com abordagem quantitativa, a partir do levantamento dos registros das variáveis sociodemográficas e clínicas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e analisados por meio de distribuição de frequência, após atender os preceitos éticos. Resultados: Foram notificados 3.738 casos, desses 359 (9,6%) realizaram o TDO, cuja média de idade foi de 36,2 anos ($dp = \pm 16,5$). A maioria era do sexo masculino (67,7%), raça/cor parda (75,0%), cinco a oito anos de estudo (23,1%), residiam na zona urbana (84,6%), forma clínica pulmonar (88,3%), caso novo (72,7%), raio-X suspeito de TB (75,7%), baciloscopia de escarro positiva (63,2%), HIV negativo (53,7%), baciloscopia de escarro para o controle mensal não realizada, tempo médio de tratamento de 165,09 dias ($dp = \pm 88,92$), baixa taxa de cura (61,3%) e elevada para o abandono (20,6%), transferência (14,8%) e óbito (2,5%). Conclusão: Ressalta-se que o baixo percentual do TDO implica em desfechos desfavoráveis e, conseqüentemente, em fragilidades nas ações de vigilância e controle da TB.

Palavras-chave: Tuberculose; Terapia diretamente observada; Resultado do tratamento.

Abstract

Objective: To analyze tuberculosis (TB) cases under the Directly Observed Treatment (TDO) regime in Porto Velho-RO between 2010 and 2017. Method: Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, based on a survey of records of sociodemographic and clinical variables in the Information System for Notifiable Diseases and analyzed through frequency distribution, after meeting the ethical precepts. Results: A total of 3,738 cases were reported, of which 359 (9.6%) underwent the DOT, whose mean age was 36.2 years ($sd = \pm 16.5$). Most were male (67.7%), mixed-race/color (75.0%), five to eight years of education (23.1%), lived in the urban area (84.6%), clinical form pulmonary (88.3%), new case (72.7%), suspected TB X-ray (75.7%), positive sputum smear microscopy (63.2%), negative HIV (53.7%), sputum smear microscopy for monthly control not performed, mean treatment time of 165.09 days ($SD = \pm 88.92$), low cure rate (61.3%) and high for dropout (20.6%), transfer (14.8%) and death (2.5%).

Conclusion: It is noteworthy that the low percentage of DOT implies unfavorable outcomes and, consequently, weaknesses in TB surveillance and control actions.

Keywords: Tuberculosis; Directly Observed Therapy; Treatment Outcome.

Resumen

Objetivo: Analizar los casos de tuberculosis (TB) en régimen de Tratamiento Directamente Observado (TDO) en Porto Velho-RO, entre 2010 y 2017. Método: Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, basado en una encuesta de registros de las variables datos sociodemográficos y clínicos en el Sistema de Información de Enfermedades Notificables y analizadas a través de distribución de frecuencias, previo cumplimiento de los preceptos éticos. Resultados: Se notificaron 3.738 casos, de los cuales 359 (9,6%) fueron sometidos al DOT, cuya edad media fue de 36,2 años ($dt = \pm 16,5$). La mayoría eran hombres (67,7%), mestizos / color (75,0%), de cinco a ocho años de educación (23,1%), vivían en el área urbana (84,6%), forma clínica pulmonar (88,3%), caso nuevo (72,7%) %, sospecha de radiografía de TB (75,7%), baciloscopia de esputo positiva (63,2%), VIH negativo (53,7%), baciloscopia de esputo para control mensual no realizado, tiempo medio de tratamiento de 165,09 días ($DE = \pm 88,92$), tasa de curación baja (61,3%) y alta para abandono (20,6%), transferencia (14,8%) y muerte (2,5%). Conclusión: Es de destacar que el bajo porcentaje de DOT implica resultados desfavorables y, en consecuencia, debilidades en las acciones de vigilancia y control de la TB.

Palabras clave: Tuberculosis; Terapia por observación directa; Resultado del tratamiento.

1. Introdução

A tuberculose (TB) permanece como um grave problema de saúde pública em todo o mundo, embora possua tratamento estabelecido, além de ser reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a doença infecciosa de maior mortalidade, superando o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a malária juntos. Em 2019, estimou-se que 10 milhões de pessoas adoeceram por TB e 1,2 milhão morreram em decorrência da doença que é curável (World Health Organization, 2020).

No Brasil, em 2019, foram registrados 73.864 casos novos e 4,5 mil óbitos relacionadas à TB, e entre o total de casos, 13.610 foram de retratamento, com coeficiente de incidência de 35,0 casos/ 100 mil habitantes (Brasil, 2021; 2020). Em relação aos desfechos do tratamento, permaneceu com baixas taxas de cura (70,1%), elevadas para o abandono (12,0%) e óbito (2,2%), abaixo das metas estipuladas pela OMS por meio da Estratégia End TB (pelo Fim da TB) que visa reduzir em 90% os casos e em 95% as mortes por TB até 2035 (United Nations, 2015).

Porto Velho, capital do estado de Rondônia, é um município que apresenta elevado coeficiente de incidência de TB (66,7 casos/ 100 mil habitantes), além de baixa taxa de cura (64,4%) e elevada para o abandono (32,6%), sendo este percentual a segunda maior taxa do país neste mesmo ano (Brasil, 2021; 2020).

A OMS desenvolveu estratégias voltadas ao controle da doença, desde a década de 90, como o Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS), caracterizado por um conjunto de boas práticas que se fundamentam em cinco componentes: compromisso político, diagnóstico de casos por meio de exames, tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente, fornecimento dos medicamentos e sistema de monitoramento e avaliação ágil (El Kamel et al., 2015).

Sendo assim, um dos pilares desta estratégia é o Tratamento Diretamente Observado (TDO), no qual preconiza-se a observação e supervisão da tomada medicamentosa pelo paciente desde o início do tratamento, a fim de garantir a adesão e, conseqüentemente, a cura (Siqueira et al., 2018). No Brasil, em 2019, dentre os casos novos de TB pulmonar, 41,9% realizaram o regime de tratamento por meio do TDO e no estado de Rondônia, 14,1%. Em Porto Velho, verificou-se que o TDO não foi realizado em casos novos e em 5% dos casos de retratamento ocorreu a supervisão (Brasil, 2021).

A adesão é almejada do início ao término do tratamento, uma vez que a realização de modo incompleto e irregular afeta o prognóstico e traz implicações negativas para a saúde pública e para as pessoas com TB, pois compromete a cura, o controle da TB, além de tornar possível a resistência à terapia medicamentosa (Rabahi et al., 2017; Siqueira et al., 2018).

A TB acomete pessoas de todas as faixas etárias, entretanto, nem todos que são expostos ao *Mycobacterium*

tuberculosis irão se infectar ou desenvolvê-la. Portanto, com o intuito de contribuir com o conhecimento científico acerca do perfil das pessoas com TB e como espaço para discussão dos possíveis problemas encontrados, este estudo buscou analisar o perfil dos casos de TB sob o regime do TDO no período de 2010 a 2017.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, realizado de forma transversal a partir de abordagem quantitativa (Pereira et al., 2018), desenvolvido no município de Porto Velho-RO que possui a atenção à TB descentralizada para a Atenção Primária à Saúde (APS), cuja algumas responsabilidades se pauta na busca de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, notificação dos casos, tratamento, acompanhamento e controle mensal, investigação de comunicantes, coordenação dos cuidados com os serviços de referência, quando necessário e, sobretudo, a realização do TDO.

Como rede de apoio, o município conta com retaguarda de serviços especializados, em nível ambulatorial, para o tratamento dos casos de TB infantil, TB extrapulmonar e coinfeção TB/HIV, além de um hospital de referência para o atendimento ambulatorial dos casos de TB drogarresistente (TB-DR) e internação por possíveis complicações pela doença. Somado a isso, possui um Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF) e um consultório de rua.

A população do estudo foi constituída por todos os registros de pessoas com TB notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2010 a 2017 no município de Porto Velho-RO. Foram excluídos os casos que não estavam sob o regime de tratamento do TDO.

Para a coleta de dados, foi realizado um levantamento das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade e zona de residência) e clínicas (forma clínica, tipo de caso, exames diagnósticos, HIV, exame de controle mensal, data de início e término do tratamento e situação de encerramento) no SINAN e, posteriormente, foram analisados a partir do software Statistica 13.0, da Statsoft, por meio de distribuição de frequência.

Atendendo as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), este estudo faz parte do projeto matriz intitulado “Avaliação da situação epidemiológica da tuberculose no município de Porto Velho - RO”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia, conforme parecer 2.399.327 CEP/UNIR.

3. Resultados

No período de 2010 a 2017, foram notificados 3.738 casos de TB em Porto Velho, dos quais 3.210 (85,9%) não realizaram TDO, 359 (9,6%) o realizaram e 169 (4,5%) estavam em branco/ ignorado. Dentre aqueles que realizaram o TDO, a média de idade foi de 36,2 anos ($dp = \pm 16,5$), sendo a mínima de 0,5 anos e máxima de 89 anos.

No que concerne ao perfil sociodemográfico, a maioria das pessoas com TB submetidos ao TDO eram do sexo masculino (67,7%), raça/cor autodeclarada parda (75,0%), com cinco a oito anos de estudo (23,1%) e residiam na zona urbana (84,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do perfil sociodemográfico das pessoas com TB que estavam sob regime pelo TDO (n = 359), no período de 2010 a 2017, Porto Velho, Rondônia, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	N = 359	%
Sexo		
Masculino	243	67,7
Feminino	116	32,3
Raça/cor		
Parda	269	75,0
Branca	44	12,2
Preta	27	7,5
Ignorado/ Em branco	8	2,2
Indígena	6	1,7
Amarela	5	1,4
Escolaridade		
Analfabeto	25	7,0
1 a 4 anos de estudo	77	21,5
5 a 8 anos de estudo	83	23,1
9 a 11 anos de estudo	55	15,3
12 anos ou mais	49	13,6
Ignorado/ Em branco	63	17,5
Não se aplica	7	2,0
Zona		
Urbana	304	84,6
Rural	28	7,8
Periurbana	18	5,1
Em branco	9	2,5

Fonte: SINAN (2018).

Em relação ao perfil clínico, verificou-se que a maioria dos casos apresentava a forma clínica pulmonar (88,3%), era caso novo (72,7%), raio-X suspeito para TB (75,7%), baciloscopia de escarro positiva (63,2%) e HIV negativo (53,7%). Ressalta-se o percentual dos dados preenchidos como não realizado (32,3%) e em andamento (7,5%) relacionados à testagem para o HIV (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do perfil clínico das pessoas com TB que estavam sob o regime de tratamento pelo TDO (n = 359), no período de 2010 a 2017, Porto Velho, Rondônia, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	N = 359	%
Forma clínica		
Pulmonar	317	88,3
Extrapulmonar	38	10,6
Pulmonar + Extrapulmonar	4	1,1
Tipo de caso		
Caso novo	261	72,7
Reingresso após abandono	55	15,3
Transferência	30	8,4
Recidiva	13	3,6
Exames diagnósticos		
Raio-X		
Suspeito	272	75,7
Não realizado	65	18,1
Normal	16	4,5
Outra patologia	5	1,4
Em branco	1	0,3
Baciloscopia de Escarro		
Positiva	227	63,2
Negativa	86	24,0
Não realizada	45	12,5
Não se aplica	1	0,3
HIV		
Negativa	193	53,7
Não realizada	116	32,3
Em andamento	27	7,5
Positiva	23	6,5

Fonte: SINAN (2018).

No que concerne ao exame de controle mensal, a baciloscopia de escarro não foi realizada na maioria dos casos (51,0%, 46,3%, 39,8%, 39,8%, 36,2% e 29,5%, do primeiro ao sexto mês, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do exame de controle mensal das pessoas com TB que estavam sob o regime de tratamento pelo TDO (n = 359), no período de 2010 a 2017, Porto Velho, Rondônia, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	N = 359	%
Baciloscopia 1º mês		
Não realizada	183	51,0
Negativa	94	26,2
Em branco	51	14,2
Positiva	26	7,2
Não se aplica	5	1,4
Baciloscopia 2º mês		
Não realizada	166	46,3
Negativa	114	31,7
Em branco	68	19,0
Não se aplica	5	1,4

Positiva	6	1,6
Baciloscopia 3º mês		
Não realizada	143	39,8
Negativa	113	31,5
Em branco	97	27,1
Não se aplica	5	1,4
Positivo	1	0,2
Baciloscopia 4º mês		
Não realizada	143	39,8
Negativa	113	31,5
Em branco	97	27,1
Não se aplica	5	1,4
Positivo	1	0,2
Baciloscopia de 5º mês		
Não realizada	130	36,2
Em branco	125	34,9
Negativa	98	27,3
Não se aplica	5	1,4
Positivo	1	0,2
Baciloscopia de 6º mês		
Em branco	134	37,4
Negativa	113	31,5
Não realizada	106	29,5
Não se aplica	5	1,4
Positivo	1	0,2

Fonte: SINAN, 2019

Em relação ao tempo de tratamento, verificou-se a média de 165,09 dias ($dp = \pm 88,92$), sendo o mínimo de 0 dias e o máximo de 624 dias. E, quanto ao desfecho, embora submetidos ao regime do TDO, identificou-se uma baixa taxa de cura (61,3%), elevada para abandono (20,6%) e transferência (14,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos desfechos das pessoas com TB que estavam sob o regime de tratamento do TDO (n = 359), no período de 2010 a 2017, Porto Velho, Rondônia, Brasil, 2019

VARIÁVEIS	N = 359	%
Cura	220	61,3
Abandono	74	20,6
Transferência	53	14,8
Óbito	9	2,5
TB-DR	2	0,5
Abandono primário	1	0,3

Fonte: SINAN (2018).

4. Discussão

O baixo percentual de pessoas com TB em Porto Velho submetidos ao TDO pode implicar em desfechos desfavoráveis, bem como na necessidade de revisão da implementação e efetivação desta estratégia no município, além de abrir espaço para estudos que avaliem as suas fragilidades no cenário local. Destacam-se ainda a importância de avaliar as

ocorrências de vulnerabilidades sociais e a utilização de fluxos que auxiliem no monitoramento e controle do tratamento, a fim de garantir a cura como desfecho durante o acompanhamento (Junges, Burille & Tedesco, 2020).

Em um estudo realizado no município de Ribeirão Preto-SP, verificou-se que mesmo diante das dificuldades em termos de recursos humanos e transporte, muitas vezes relatados pelos profissionais de saúde como obstáculos para a não realização do TDO, o empenho das equipes para oferecer tais serviços aos usuários era realizado, porque consideravam uma das ferramentas para o sucesso do tratamento e controle da doença (Brunello et al., 2016).

As pessoas com TB submetidas ao TDO estavam em idade economicamente ativa, e por isso correm o risco de afastamento do trabalho, seja pelo aspecto clínico da doença, reduzindo, em alguns casos, a capacidade produtiva dos indivíduos infectados, ou pelo estigma que cerca a TB dentro da sociedade que favorece o abandono do tratamento (Bitton et al., 2016). Diante disso, a supervisão diária da ingestão medicamentosa por meio do TDO, em local que deve ser decidido em conjunto pelo profissional e da pessoa com TB, contribui com a sensibilização para reforçar o autocuidado e responsabilidade pelo processo de tomada de decisão e tratamento, bem como com as orientações e monitoramento para a continuidade terapêutica.

O sexo masculino é predominantemente associado aos casos de TB, conseqüentemente essa população é a mais assistida pelo regime de tratamento do TDO (Tavares et al., 2020). Esse fator associa-se pelo próprio comportamento do homem em relação à sua saúde, bem como a percepção que estes possuem sobre o processo do adoecimento, o que colabora para o retardo na procura por assistência, contribuindo para o agravamento do caso (Oliveira et al., 2021). Além disso, identifica-se outros fatores que podem contribuir, tais como a dificuldade em expressar as necessidades de saúde, horário de funcionamento dos serviços e o risco de perder o emprego pelo absenteísmo relacionado aos fatores clínicos da doença e acompanhamento mensal nos serviços de saúde (Gaspar et al., 2016).

A raça/cor autodeclarada parda relaciona-se com o processo de ocupação do estado, com alta miscigenação racial (Souza & Pessoa, 2010). A baixa escolaridade retrata que a doença e o regime do TDO na população estudada foram identificados principalmente, em pessoas com ensino fundamental incompleto, exigindo assim, a necessidade de adequar a abordagem e orientações de acordo com as singularidades de cada pessoa e suas vulnerabilidades (Ferreira et al., 2018). Neste sentido, ressalta-se a importância da inserção da educação em saúde e diferentes estratégias durante a supervisão diária da ingestão medicamentosa sobre a TB.

As pessoas submetidas ao TDO residiam em área urbana, a qual é reflexo da disseminação da TB nos aglomerados e más condições sanitárias, os quais associados com os determinantes sociais de saúde que contribuem com o aumento das vulnerabilidades das pessoas com TB inferem nas ações de controle e vigilância da doença (Gaspar et al., 2016; Ferreira et al., 2018).

Os casos de reingresso após o abandono é um exemplo a ser priorizado para a modalidade de TDO, a fim de garantir o monitoramento, adesão ao tratamento e identificação precoce das dificuldades, para que o abandono não aconteça novamente. Todavia, como resposta a esse desfecho e posteriormente, o reingresso, o TDO é um instrumento chave, com reconhecimento sobre a sua relevância pelos profissionais de saúde, tendo em vista a possibilidade de condições de acompanhamento que fortalecem o vínculo, continuidade e proximidade no cuidado (Santos Júnior, Rocha & Soares, 2019; Silva, Yamamura & Figueiredo, 2016).

A forma clínica pulmonar apresentou maior percentual, uma vez que é de conhecimento que o bacilo é aeróbico, justificando a preferência para a instalação da bactéria neste órgão, além de se caracterizar como uma das formas da transmissão e, conseqüentemente, aumento do número de casos (Cecilio & Marcon, 2016). A TB pulmonar chega a 90% dos casos de TB, e destes, 60% são bacilíferos, o que aponta para necessidade do diagnóstico precoce da doença por meio da busca ativa para interromper a cadeia de transmissão (Junges, Burille & Tedesco, 2010).

Observou-se que os exames diagnósticos de raio-X e a baciloscopia de escarro foram utilizados para elucidação dos casos. A combinação dos exames para o diagnóstico tem contribuído, principalmente para os casos de TB pulmonar (Biadola et al., 2020). Entretanto, a baixa ou não realização da cultura de escarro pode refletir na identificação da micobactéria, amostras paucibacilares e TB extrapulmonar (Moreira et al., 2019).

A confirmação diagnóstica permite a identificação dos bacilíferos, início do tratamento precoce e controle da TB (Cecílio, Teston & Marcon, 2017). Contudo, deve-se destacar que os exames laboratoriais estão disponíveis dentro do sistema público de saúde, sendo necessário à sua solicitação ao sintomático respiratório ou contactante, considerando as especificidades do caso, sem desconsiderar a importância da avaliação clínica pelo profissional de saúde (Biadola et al., 2020; Orfão et al., 2015).

As pessoas imunologicamente deprimidas também merecem maior atenção no tratamento, pois possuem maiores chances de infecção por TB, maior probabilidade da não adesão terapêutica dentre as pessoas coinfetadas TB/HIV, seja pelo estigma de ambas as doenças, tempo de tratamento e possíveis efeitos colaterais, além de aumentar a incidência e da mortalidade desta população (Amicosante et al., 2017; Lemos et al., 2016).

Observa-se que muitos indivíduos com TB não realizaram o exame para HIV, ainda que seja preconizado diante do diagnóstico a realização dos testes rápidos disponíveis nas unidades de saúde e rastreamento da TB dentre as pessoas que vivem com HIV/aids (Santos Júnior, Rocha & Soares, 2019). Por tanto, a detecção precoce da coinfeção TB/HIV permite a adoção de medidas terapêuticas adequadas, como o início da terapia antirretroviral, profilaxia das infecções oportunistas e redução das chances de transmissão do HIV e da TB, favorecendo a redução da morbimortalidade (Tavares et al., 2020).

Tal aspecto reflete nas fragilidades durante o acompanhamento dos casos para avaliação da efetividade do tratamento da TB, principalmente dentre as pessoas sob o regime do TDO que, mesmo no 6º mês de tratamento, possuíam resultado positivo. Neste sentido, questiona-se sobre de que forma foi realizado o encerramento destes casos no cenário deste estudo, bem como o acompanhamento e monitoramento destes durante o tratamento, seja para resistência medicamentosa, efeitos colaterais, efetividade dos antituberculostáticos, ações de vigilância e o próprio controle da TB. Em um estudo realizado no mesmo município, observou que os profissionais de saúde pouco ou raramente se apropriam do TDO como um instrumento para o controle e tratamento dos casos (Siqueira et al., 2018).

Em relação aos desfechos, a cura ainda é um desafio para o controle da TB, e no período de análise deste estudo, permaneceu abaixo de 85%, valor mínimo recomendado pela OMS. Inversamente, o abandono apresentou mais que o dobro do valor proposto pela OMS, que é 5% (Beraldo et al., 2017). Verifica-se que a cura e abandono no município de Porto Velho estão aquém das metas estipuladas, o que demandam melhoria na organização das ações e serviços para garantir a oferta do TDO e outras estratégias que possibilitem a adesão ao tratamento, tais como incentivos sociais, para assegurar a regularidade da ingestão medicamentosa e manutenção de ações efetivas, e conseqüentemente, melhores resultados do tratamento (Ferreira et al., 2018; Siqueira et al., 2018; Cavalcante & Silva, 2013; Orfão et al., 2015). Além disso, as ações relacionadas ao TDO devem ser pensadas para além dos conhecimentos técnicos sobre a TB, perpassa os caminhos do acolhimento, vínculo e sensibilização sobre o tratamento e adesão a fim de chegar na cura como desfecho (Ferreira et al., 2018; Lemos et al., 2016; Beraldo et al., 2017).

Ainda que o tempo médio de tratamento esteja de acordo com os seis meses preconizados, destaca-se como limitação deste estudo a não discriminação no sistema de notificação sobre o número de doses supervisionadas, apenas se foi realizado (ou não) o TDO. Neste sentido, não é possível mensurar se este ocorreu de maneira adequada e completa durante o tempo de tratamento. Outra limitação deste estudo diz respeito aos exames diagnósticos, apenas para a análise das variáveis baciloscopia de escarro e raio-X. Ressalta-se a importância de outros exames diagnósticos, como Teste Molecular Rápido para a TB e cultura de escarro.

5. Considerações Finais

Este estudo contribui na discussão da temática, visando sensibilizar sobre a importância da estratégia do TDO para o controle da TB, a partir do acompanhamento dos casos e adesão ao tratamento para garantir desfechos favoráveis, principalmente em cenários como este que possuem um elevado percentual de abandono e, conseqüentemente, continuidade da cadeia de transmissão.

O perfil sociodemográfico e clínico das pessoas com TB submetidos ao TDO em um município Amazônico, embora tenha sido realizado em menos de 10% dos casos notificados no período, poderia contribuir a partir do (re)conhecimento do contexto em que o caso e a família estão inseridos a partir da análise dos determinantes sociais da saúde, além do fortalecimento do vínculo para melhorar a atenção, manejo e acompanhamento dos casos, visando atender ao Plano Nacional pelo Fim da TB. Os aspectos relacionados à análise do perfil dos casos de TB sob o regime do TDO permitiram o desenho de um paralelo entre as potencialidades no âmbito das políticas públicas de saúde no enfrentamento da infecção por TB e as fragilidades dentro da estratégia DOTS e seu principal pilar, o TDO.

Assim, ressalta-se a necessidade de identificar as fragilidades existentes na cobertura, implantação e implementação do TDO no município para o alcance de melhores resultados no desfecho do tratamento, bem como de ações de educação permanente em saúde para sensibilização das equipes de saúde da APS, no que concerne ao preenchimento dos registros e estratégias de vigilância em saúde para aumentar a adesão e diminuir o abandono. Portanto, sugere-se para pesquisas futuras avaliação da utilização do TDO nos seus respectivos cenários, assim como o reconhecimento de suas potencialidades, a fim de contribuir para a efetividade desta estratégia de tratamento.

Referências

- Amicosante, M. et al. (2017). Current use and acceptability of novel diagnostic test for active tuberculosis: a worldwide survey. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43(5):380-92.
- Beraldo, A. et al. (2017). Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. *Escola Anna Nery*, 21(04):e20170075.
- Biadola, A. P. et al. (2020). Parâmetros laboratoriais de rotina de pacientes recém-diagnosticados com tuberculose pulmonar: um estudo em um único centro no Brasil. *Research, Society and Development*, 9(11):e2559119873.
- Bitton, A. et al. (2017). Primary Health Care as a foundation for strengthening health systems in low-and middle-income countries. *Journal of General Internal Medicine*, 32(5):566-71.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2021. *Boletim Epidemiológico Especial*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. 2020. *Boletim Epidemiológico. Tuberculose*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012: prova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brunello, M. E. F. et al. (2016). Tuberculose: análise do percurso do doente durante o tratamento em Ribeirão Preto/SP. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18(e1176):1-12.
- Cavalcante, E. F. O. & Silva, D. M. G. V. (2013). Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. *Revista Rene*, 14(4):720-29.
- Cecílio, H. P. M., Teston, E. F. & Marcon, S. S. (2017). Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(3):e0230014.
- Cecílio, H. P. M & Marcon, S. S. (2016). O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(1):1-6.
- El Kamel, A. et al. (2015). Fight against tuberculosis in the world. *Revue de Pneumologie Clinique*, 71(2-3), 181-87.
- Ferreira, M. R. L., Bonfim, R. O., Siqueira, T. C. & Orfão, N. H. (2018) Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 7(1):63-71.
- Gaspar, R. S., Nunes, N., Nunes, M. & Rodrigues, V. P. (2016). Análise temporal dos casos notificados de tuberculose e de coinfeção tuberculose-HIV na população brasileira no período entre 2002 e 2012. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 42(6):416-22.

- Junges, J. R., Burille, A. & Tedesco, J. (2020). Tratamento diretamente observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 24:e190160.
- Lemos, L. A. et al. (2016). Adesão aos antirretrovirais em pessoas com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana e tuberculose. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24:e2691.
- Moreira, T. R. et al. (2019). Fatores associados a HIV/aids em pacientes com tuberculose em Minas Gerais entre os anos de 2006 e 2015. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23: e-1211.
- Oliveira, G. C. A. et al. (2021) Perfil epidemiológico da população com tuberculose no estado do Rio de Janeiro. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 13:197-204.
- Orfão, N. H. et al. (2015). Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(4):1453-61.
- Pereira, A.S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J. & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da Pesquisa Científica*. UFMS.
- Rabahi, M. F. et al. (2017). Tuberculosis treatment. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43(6), 472-486.
- Silva, D. A., Yamamura, M. & Figueiredo, R. M. (2016). Tuberculose no grupo de vigilância epidemiológica (GVE) XII – Araraquara. *CuidArte Enfermagem*, 10(1):15-21.
- Siqueira, T. C., Bonfim, R. O., Ferreira, M. R. L. & Orfão, N. H. (2018). Mortalidade entre os portadores de tuberculose em Porto Velho (RO). *Saúde e Pesquisa*, 11(3):441-50.
- Souza, M. M. O. & Pessoa, V. L. S. (2010). O processo de formação do território rondoniense revisitado: da colônia ao golpe de 1964. *ACTA Geográfica*, 4(8):143-160.
- Santos Júnior, C. J., Rocha, T. J. M. & Soares, V. L. (2019). Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose em pacientes com HIV/aids. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 56(3):231-38.
- Tavares, C. M. et al. (2020). Tendência e caracterização epidemiológica da tuberculose em Alagoas, 2007-2016. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(1):107-15.
- United Nations. *Sustainable development goals: 17 goals to transform our world*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
- World Health Organization (2020). *Global Tuberculosis Report 2020*. World Health Organization; 2020. 232p