

## **Similaridades e diferenças no tratamento de tuberculose multidroga resistente no Rio de Janeiro e Lisboa na perspectiva dos profissionais de saúde**

**Similarities and differences in the challenges faced in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lisbon and Rio de Janeiro from the health workers' perspective**

**Similitudes y diferencias en el tratamiento de la tuberculosis multirresistente en Río de Janeiro y Lisboa en la perspectiva de los profesionales de la salud**

Recebido: 22/11/2021 | Revisado: 05/12/2021 | Aceito: 06/12/2021 | Publicado: 15/12/2021

**Marcela Bhering**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1568-026X>  
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil  
E-mail: [marbhering@gmail.com](mailto:marbhering@gmail.com)

**Afrânio Linei Kritski**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5900-6007>  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: [Kritskia@gmail.com](mailto:Kritskia@gmail.com)

**Margarteh Pretti Dalcolmo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6820-1082>  
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil  
E-mail: [margarethdalcolmo@gmail.com](mailto:margarethdalcolmo@gmail.com)

**Raquel Duarte**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2257-3099>  
Universidade do Porto, Portugal  
E-mail: [raquelafduarte@gmail.com](mailto:raquelafduarte@gmail.com)

### **Resumo**

A tuberculose multidroga resistente (TB-MDR) é um dos grandes desafios para o controle da doença. Diante disso, o objetivo desse estudo é avaliar e comparar os desafios enfrentados na cascata de cuidados da TB-MDR, por meio da percepção de profissionais de saúde (PS) de um centro de referência em Lisboa e outro no Rio de Janeiro. Realizou-se um estudo transversal qualitativo com amostragem não probabilística. A produção dos dados empíricos deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas com PS em Lisboa e no Rio de Janeiro, entre 2018 e 2019. Utilizou-se a análise de conteúdo temática, com o auxílio do Nvivo versão 12, para análise dos dados. A vulnerabilidade social dos pacientes, redução das equipes, problemas na busca de pacientes faltosos e sistema laboratorial não integrado ao sistema clínico foram desafios em comum. Lisboa destaca-se por ter um diagnóstico da resistência mais ágil, suporte aos grupos de risco e medicamentos mais modernos, enquanto o Rio de Janeiro tem melhor biossegurança e mais recursos humanos. Lisboa tem um tratamento mais centrado no paciente, enquanto a falta de um fluxo que agilize o diagnóstico da resistência e de políticas públicas que amparem o paciente compromete a evolução do tratamento na cidade brasileira.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Pesquisa qualitativa; Profissionais de saúde; Estudo comparativo; Atenção terciária.

### **Abstract**

A tuberculose multidroga resistente (TB-MDR) é um dos grandes desafios para o controle da doença. Diante disso, o objetivo desse estudo é avaliar e comparar os desafios enfrentados na cascata de cuidados da TB-MDR, por meio da percepção de profissionais de saúde (PS) de um centro de referência em Lisboa e outro no Rio de Janeiro. Realizou-se um estudo transversal qualitativo com amostragem não probabilística. A produção dos dados empíricos deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas com PS em Lisboa e no Rio de Janeiro, entre 2018 e 2019. Utilizou-se a análise de conteúdo temática, com o auxílio do Nvivo versão 12, para análise dos dados. A vulnerabilidade social dos pacientes, redução das equipes, problemas na busca de pacientes faltosos e sistema laboratorial não integrado ao sistema clínico foram desafios em comum. Lisboa destaca-se por ter um diagnóstico da resistência mais ágil, suporte aos grupos de risco e medicamentos mais modernos, enquanto o Rio de Janeiro tem melhor biossegurança e mais recursos humanos. Lisboa tem um tratamento mais centrado no paciente, enquanto a falta de um fluxo que agilize o diagnóstico da resistência e de políticas públicas que amparem o paciente compromete a evolução do tratamento na cidade brasileira.

**Keywords:** Tuberculosis; Qualitative research; Healthcare workers; Comparative study; Tertiary healthcare.

## Resumen

La tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) es uno de los grandes retos para el control de la enfermedad. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar y comparar los desafíos enfrentados en la cascada de atención de la TB-MDR, a través de la percepción de los profesionales de la salud (PS) de un centro de referencia en Lisboa y otro en Río de Janeiro. Se realizó un estudio transversal cualitativo con muestreo no probabilístico. La producción de datos empíricos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas con PS en Lisboa y Río de Janeiro, entre 2018 y 2019. Se utilizó el análisis de contenido temático, con la ayuda de Nvivo versión 12, para el análisis de datos. La vulnerabilidad social de los pacientes, la reducción de equipos, los problemas para encontrar pacientes ausentes y el sistema de laboratorio no integrado con el sistema clínico fueron desafíos comunes. Lisboa se destaca por tener un diagnóstico de resistencias más ágil, apoyo a grupos de riesgo y medicamentos más modernos, mientras que Río de Janeiro tiene mejor bioseguridad y más recursos humanos. Lisboa tiene un tratamiento más centrado en el paciente, mientras que la falta de un flujo que acelere el diagnóstico de las resistencias y de políticas públicas que apoyen al paciente compromete la evolución del tratamiento en la ciudad brasileña.

**Palabras clave:** Tuberculosis; Investigación cualitativa; Profesionales de la salud; Estudio comparativo; Atención terciaria de salud.

## 1. Introdução

Tuberculose (TB) é uma doença curável e evitável. Apesar disso é uma das 10 principais causas morte em todo o mundo. A situação é agravada pelos casos de TB multidroga resistente (MDR) que apresentam resistência a rifampicina e isoniazida, duas das mais potentes drogas usadas no tratamento da TB sensível e que requer um tratamento mais longo, com medicamentos mais caros e tóxicos (WHO, 2020).

Em Portugal, os casos de TB têm diminuído progressivamente ao longo dos últimos anos, passando de 54,7 casos por 100 mil habitantes em 1992 para 19 em 2019 (DGS, 2011; ECDC, 2021). Apesar da redução significativa nos indicadores, a TB em Portugal ainda é um problema de saúde pública saliente no contexto da União Europeia. Considerando apenas o grupo dos países da União Europeia/União Econômica Europeia, do qual Portugal faz parte, a incidência média foi de 10,6 casos por cada 100 mil habitantes, estando Portugal apenas atrás da Romênia (66), Lituânia (42), Letônia (26) e Bulgária (21) (ECDC, 2021).

O Brasil, por sua vez, ocupa o 14º lugar mundial em casos de TB, sendo um dos 30 países considerados prioritários pela OMS para a eliminação da TB no mundo (2). Apesar da queda de 37,5 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 34 em 2016, a incidência voltou a crescer, chegando a 35 em 2019 (Brasil, 2019).

Apesar da situação da TB ser diferente no Brasil e em Portugal, ambos apresentam similaridades, como a gratuidade do tratamento, concentração de casos nas regiões metropolitanas. Em Portugal, a maioria dos casos ocorre em Lisboa e no Porto que, em 2018, notificaram 57,3% dos casos de TB e TB-MDR (DGS, 2018). Já o Rio de Janeiro, concentra cerca de 29% dos casos de TB drogarresistente em tratamento no Brasil (Rudgard et al., 2018). Além disso, o Rio de Janeiro realizou uma reforma da atenção primária em saúde, inspirada na reforma dos cuidados primários de Portugal. Essas reformas culminaram com a modernização e reconfiguração dos Centros de Saúde em Lisboa e com a criação das Clínicas da Família no Rio de Janeiro (Soranz et al, 2017).

Em 2018, o distrito de Lisboa registrou uma taxa de notificação de 23,7 casos de TB por 100 mil habitantes, com 66,3% de sucesso terapêutico em pacientes TB-MDR (DGS, 2018). Já o Rio de Janeiro registrou, no mesmo ano, incidência de 66,3 casos por 100 mil habitantes e 59,6% de cura entre casos novos de TB-MDR (Brasil, 2019).

Para o sucesso do tratamento da TB-MDR, a existência de medicamentos eficazes, diagnóstico adequado e gratuidade do tratamento não são condições suficientes. É necessário considerar os demais elementos no processo de cuidado, os quais vão além de testes diagnósticos e dos medicamentos (Barreira, 2018).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo é avaliar e comparar os desafios enfrentados na cascata de cuidados da TB-MDR e suas consequências por meio da percepção de profissionais de saúde de um centro de referência em Lisboa e um no Rio de Janeiro.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e amostragem não aleatória (Minayo, 2013). A pesquisa foi realizada no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), ambulatório referência para o diagnóstico, tratamento e prevenção da TB e TB-MDR na região de Lisboa e Vale do Tejo, no período de março a maio de 2018, e no Ambulatório de Pesquisa Germano Gerhardt (APGG), referência para tratamento da TB-MDR e micobactéria atípica no Rio de Janeiro, no período de outubro a dezembro de 2019.

O CDP conta com uma equipe composta por 3 enfermeiras, 4 médicos, que trabalham em regime parcial, e 1 auxiliar administrativo. Já o APGG conta com 4 médicos, 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 3 assistentes sociais e 5 auxiliares administrativos, todos em regime integral.

Foram entrevistados profissionais de saúde envolvidos no tratamento e acompanhamento dos casos de TB-MDR. Os critérios de inclusão foram ter nível superior e trabalhar com TB-MDR, seja na assistência ao usuário, na dispensação de medicamentos ou no laboratório de referência. Profissionais com menos de um ano de experiência com TB-MDR foram excluídos.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro previamente testado em duas entrevistas-piloto realizadas pelo investigador principal. O roteiro foi composto por perguntas para a caracterização dos sujeitos e voltadas para contextualizar o conhecimento, cuidado e experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde na cascata diagnóstica e terapêutica de TB-MDR. As entrevistas foram realizadas pelo primeiro autor, de forma presencial e individual.

O software Nvivo versão 12 foi utilizado no suporte à pesquisa para a codificação e caracterização dos participantes. Para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes, foram utilizados códigos e números para identificar os profissionais de saúde brasileiros (PSB) e portugueses (PSP). A análise foi conduzida de acordo com as etapas da análise de conteúdo temática: pré-análise, exploração do material e análise temático-categorial (Bardin, 2011). Os temas foram derivados de entrevistas e discutidos por três pesquisadores até que fosse alcançada a unanimidade.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (CAAE 10126919.2.3001.5240) e pela Comissão de Ética da Saúde de Lisboa e Região do Vale do Tejo (referência: 11101/CES/2017). Todos os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, após explicações sobre a pesquisa.

## 3. Resultados

A Tabela 1 descreve as características dos participantes. Foram entrevistados 13 profissionais, maioria do sexo feminino, sendo 6 em Lisboa e 7 no Rio de Janeiro.

**Tabela 1** - Características dos profissionais de saúde entrevistados.

Características	Lisboa n (%)	Rio de Janeiro n (%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	5 (83,0)	5 (71,4)
Masculino	1 (17,0)	2 (28,6)
<b>Formação</b>		
Médico pneumologista	2 (33,0)	1 (14,3)
Médico sanitarista		1 (14,3)
Enfermeiro	2 (33,0)	2 (28,6)
Farmacêutico/Bioquímico	2 (17,0)	2 (28,6)
Assistente social	-	1 (14,3)
<b>Pós-graduação</b>		
Mestrado	1 (17,0)	4 (57,1)
Especialização em medicina geral e familiar	1 (17,0)	-
Especialização em pneumologia sanitária	-	3 (42,9)
Pós-graduação em gestão	1 (17,0)	-
Nenhuma	3 (50,0)	-
<b>Experiência profissional com TB-MDR (anos)</b>		
2-9	-	5 (71,4)
10-15	3 (50,0)	-
16-20	2 (33,0)	1 (14,3)
21-30	1 (17,0)	1 (14,3)

Fonte: Autores (2022).

Além dos profissionais que trabalham diretamente no CDP e no APGG foram entrevistados os responsáveis pela farmácia e pelo laboratório de referência por entender a importância desses profissionais no tratamento da doença. Relato de pós-graduação estrito sensu (mestrado) ou lato sensu (especialização) foi mais frequente no APGG (7/7) do que no CDP (3/6). O tempo de trabalho com pacientes TB-MDR foi de variou de 10 a 28 anos, com mediana de 15 anos, e no APGG variou de 2 a 25 anos, com mediana de 8 anos. A maioria era do sexo feminino (76,9%).

A partir do quadro de análise temático-categorial foi possível estruturar uma discussão baseada em quatro categorias temáticas e suas unidades de significado, apresentadas na Figura 1.

**Figura 1** - Categorias temáticas e unidades de sentido identificadas no estudo.



Fonte: Autores (2022).

### **Cenário atual**

Em Lisboa, para 67% dos entrevistados, a TB-MDR está diminuindo como consequência da diminuição geral da TB no país, impulsionada pelo diagnóstico mais ágil e medidas adotadas para a reorganização do serviço, como a elaboração do manual de abordagem diagnóstica e terapêutica, monitorização dos esquemas e treinamento dos profissionais.

Todavia, há a percepção de crescimento dos casos de TB-MDR entre imigrantes, divididos entre os que habitam bairros mais pobres e degradados e aqueles que têm mais recursos financeiros e viajam para Lisboa em busca de um tratamento com mais qualidade do que teriam em seus países de origem. Um profissional destacou que, apesar da diminuição da incidência em Portugal, Lisboa permanece com uma grande concentração de casos e que a incidência supera, em muito, a média nacional.

No Rio de Janeiro, a percepção é a de haver um crescimento dos casos devido, principalmente, a piora dos cuidados de saúde na atenção básica e ao diagnóstico tardio. Os PS também apontam a falta de dados sobre os casos de TB-MDR, pois não há divulgação dos indicadores epidemiológicos específicos pelos órgãos de saúde.

Nos últimos anos, em paralelo à redução da incidência em Lisboa, os entrevistados disseram haver uma diminuição dos recursos humanos, gerando uma sobrecarga de trabalho devido ao reduzido número de profissionais para atender TB, TB-MDR e seus contatos.

*Toda a gente, do laboratório aos médicos, se queixa de falta de pessoal, os próprios médicos têm que ser divididos entre um serviço e outro e não nos dão as condições ideais. Estão a ficar com médicos velhos, não há médicos novos, as pessoas estão a se reformar. (PSP4)*

Outro problema decorrente da redução de casos é que poucos médicos têm experiência no manejo da TB-MDR e os profissionais podem ficar menos sensíveis ao diagnóstico da doença.

*O desafio é no sentido de como a tuberculose tem tido cada vez mais redução, os médicos com experiência são cada vez menos. Como os casos, quando são internados, são transferidos para um só hospital, resulta que alguns médicos têm experiência e a maioria não tem. Os médicos estão pouco sensíveis para o diagnóstico da tuberculose. (PSP3)*

No Rio de Janeiro, os profissionais destacaram a diminuição das equipes no Programa de Saúde da Família (PSF), elevada rotatividade de profissionais da atenção básica, aumento de profissionais de saúde sem experiência com TB e frequentes mudanças nas coordenações regionais de TB como fatores que atrasam o diagnóstico e o tratamento da doença.

*Mudanças de profissionais novos que não têm conhecimento da TB-MDR, porque o paciente precisa de tratamento supervisionado. Estamos tendo dificuldade grande para os novos entenderem. (PSB2)*

### **Diagnóstico e tratamento da doença**

Em Lisboa, os entrevistados relatam que dispõem de medicamentos e testes fenotípicos e genotípicos. Os resultados dos exames de baciloscopia são liberados no mesmo dia e o resultado dos testes moleculares e detecção rápida da multirresistência, em 48 horas. Na terapêutica, estão disponíveis os fármacos mais novos como a bedaquilina e delamanida.

No Rio de Janeiro, o diagnóstico é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os casos com resistência detectada a rifampicina no teste molecular (Xpert MTB/RIF) são encaminhados para o APGG. Porém, mesmo com a disponibilidade do Xpert MTB/RIF, os PS observam muitos pacientes que iniciam o tratamento com esquema terapêutico para

TB sensível, sem a realização de teste de sensibilidade às drogas (TSA) de primeira linha. Por isso, o diagnóstico tardio foi apontado como um grande obstáculo no tratamento dos pacientes TB-MDR.

*O primeiro desafio é a gente perceber que o diagnóstico é tardio. Atualmente isso tem melhorado um pouco com o TRM (Xpert MTB/RIF), mas o desafio é o diagnóstico tardio, com uso de esquema básico por várias vezes, sem terem feito cultura e teste de sensibilidade. Esse era o padrão e quanto mais tempo leva para fazer o diagnóstico e iniciar o tratamento correto, mais o quadro clínico fica persistente e o comprometimento pulmonar também. (PSB4)*

Além do diagnóstico tardio, o crescimento dos casos com resistência primária à rifampicina é percebido pelos profissionais do APGG.

*A gente tem se surpreendido com muitos casos no primeiro tratamento com resistência a rifampicina. Eu não sei te quantificar o percentual do que a gente recebe aqui pelo teste molecular, se tem ou não tratamento anterior. Eu acredito que seja meio a meio de resistência primária e resistência adquirida. (PSB4)*

Outro desafio é o manejo terapêutico com esquemas longos e uso de drogas injetáveis, os quais geram muitas reações adversas. Apesar de já aprovado pelo Ministério da Saúde (MS), bedaquilina e delamanida ainda não estavam disponíveis no sistema de saúde brasileiro.

Em Lisboa, todo o tratamento é supervisionado. Embora não exista norma legal, em Portugal recomenda-se que o paciente com TB-MDR permaneça hospitalizado até que o exame direto de expectoração seja negativo em 3 amostras consecutivas. A internação é proposta ao paciente, mas, caso não queira, a equipe de saúde vai até a casa do paciente. No Brasil, o MS recomenda a hospitalização de pacientes em situação de vulnerabilidade social como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multirresistência. Porém, na prática, os entrevistados relatam que há poucos leitos disponíveis para internação de pacientes TB-MDR. O mais comum é que o tratamento supervisionado ocorra somente durante o período da administração dos medicamentos injetáveis, realizado três vezes por semana. Existem algumas equipes de saúde da família (ESF) que realizam visitas domiciliares, mas, nos últimos anos, após a diminuição das equipes, o mais usual é o paciente se deslocar até a UBS.

### **Estratégias empregadas para o controle da TB-MDR**

Em ambos os serviços, a rotina para a busca dos pacientes que faltam às consultas foi um item destacado como um problema pela maioria dos entrevistados. Em Lisboa, a responsabilidade pela busca é da Unidade de Saúde Pública (USP) da área de residência do paciente e no Rio de Janeiro, de responsabilidade das UBS. Apesar disso, todos os profissionais disseram que os serviços não funcionam adequadamente. Com isso, os profissionais do CDP e do APGG tentam localizar o doente de modo informal, com ligações telefônicas e contatos com unidades da atenção primária. Mesmo assim, admitem que não é o suficiente. Esse fato pode contribuir para atrasos no tratamento e eventuais abandonos, uma vez que os serviços não contam com estrutura como carros e profissionais para realizar a busca dos faltosos.

Outro tópico destacado foi o rastreamento dos contatos de pacientes com TB ativa. Em Lisboa, o CDP possui uma única enfermeira e um médico responsáveis por todos os rastreios dos contatos. O paciente é o responsável por informar quem são os seus contatos domiciliares. Quando exercem profissões que têm muita proximidade com o público, como, por exemplo, em bancos e restaurantes, a Saúde Pública e a Saúde Ocupacional são acionadas para realizar rastreamento nos contatos.

*Sabemos que nunca é o número correto. O doente vai ter com o enfermeiro e ele identifica os conviventes. Eu sinto que é uma área no CDP que terá que melhorar, precisa de mais gente, pois hoje só há 3 enfermeiros que estão muito sobrecarregados. (PSP5).*

Já no APGG, não é realizado o rastreio dos contatos. Os familiares dos pacientes são orientados a procurar a UBS, porém, os profissionais reconhecem que o fluxo não funciona e que o ideal seria ter profissional específico para atender os contatos. Ao mesmo tempo, destacam o crescimento de casos de TB-MDR entre membros do mesmo núcleo familiar em que, majoritariamente, ninguém havia realizado exames de rastreio quando o caso índice foi diagnosticado.

Em relação ao tratamento de populações vulneráveis, Lisboa se destaca por algumas estratégias e parcerias. Há um programa de substituição de drogas conhecido como “carrinhas móveis da metadona”. Os pacientes cadastrados no programa da metadona e que estejam em tratamento para TB fazem a medicação supervisionada nas carrinhas. A proporção de cura é muito parecida com a da população geral. Periodicamente, uma unidade móvel é colocada ao lado do carro da metadona para realizar radiografia e rastreio, assim como as coletas de expectoração.

Outra parceria destacada pelos profissionais em Lisboa é com uma organização não governamental que mantém abrigos para moradores de rua e contam com enfermeiros na equipe. Já com os albergues da Câmara de Lisboa, os quais não dispõem de profissionais de enfermagem, os profissionais do CDP têm uma boa relação com a assistente social, o qual se responsabiliza pelo doente. Todavia, falta suporte nos cuidados continuados que, muitas vezes, não são suficientes para atender as necessidades da população idosa.

Apesar de o município do Rio de Janeiro contar com Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), os profissionais relatam que é muito difícil o paciente conseguir uma vaga para o tratamento. Além da estrutura deficiente da rede assistencial, nas Caps AD existe também o preconceito com o paciente que tem TB, agravado pela TB-MDR. Além disso, não existe uma conduta padronizada para a abordagem desses pacientes no APGG. Também não há programas específicos para usuários de droga, albergues ou mesmo organizações não governamentais que auxiliem no tratamento de populações vulneráveis. Um profissional relata que, em um esforço pessoal, tenta sensibilizar e fazer uma abordagem de prevenção de danos.

*A gente tenta fazer aquele projeto terapêutico singular e a gente tenta fazer algumas pactuações com os pacientes, porque tem doentes que usam todos os tipos de drogas, aí a gente negocia, evita o crack, não usa o crack, evita cocaína, usa menos a maconha...assim a gente vai lidando. (PSB5)*

Ambos os locais relatam desafios de natureza socioeconômica. O pagamento do transporte para as consultas é o único benefício que os pacientes recebiam no CDP de Lisboa. O mesmo não acontece nas unidades básicas prejudicando o tratamento pois, muitas vezes, o paciente não tem dinheiro para se deslocar. Legalmente, os doentes têm direito, em todo o país, ao transporte por ambulância, enquanto estiverem em regime de isolamento, desde que prescrito pelo médico e devidamente justificado.

*Não basta viver no estado com meios modernos e mais eficazes e depois não haver condições de alimentação, alojamento, a medicação pode falhar. Como esse aspecto do social é transversal a vários ministérios não é só o da saúde, e da segurança social e das finanças e das autarquias... Depende de várias conjunturas e isso é complicado. (PSP3)*

Porém, uma importante conquista em Portugal foi o direito dos doentes com TB ficarem afastados do trabalho, durante todo o tempo de tratamento, recebendo a totalidade do seu salário. Isso não acontece com outras situações clínicas que necessitam de afastamentos prolongados, verificados periodicamente, e que só auferem um percentual do salário (Portugal, 2020).

No Rio de Janeiro, todos os entrevistados destacaram a vulnerabilidade social e econômica da maior parte dos pacientes como um grande desafio, pois compromete o entendimento sobre doença e acarreta graves limitações ao tratamento.

*Às vezes o paciente não vem na consulta de primeira vez porque ele não entende o que tem que fazer aqui. Ai quando a gente liga, o paciente fala: eles não falaram direito que era isso, eu achei que era uma bobagem. (PSB1)*

No Brasil, os pacientes empregados formalmente recebiam o auxílio-doença, menor que o salário atual, pelo prazo 60 dias, podendo ser prorrogado mediante decisão da perícia. O grande problema são os pacientes que trabalham sem vínculo empregatício ou desempregados. Como política de transferência de renda, o Brasil contava com o bolsa família, destinado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. O benefício básico, porém, para uma pessoa que não tenha dependentes, era de R\$ 89,00 em 2019, muito abaixo do salário-mínimo de R\$ 998,00 no período. Havia também o Benefício de Prestação Continuada (BPC), bem mais difícil de ser concedido, que é um tipo de aposentadoria no valor de um salário-mínimo mensal, destinado para idosos com mais de 65 anos e pessoas com deficiência de qualquer idade. O serviço social desempenha um importante papel, não só orientando o paciente, como reunindo exames e documentação necessária junto à equipe médica para o pleito dos benefícios.

*Quando o paciente chega, a gente faz uma orientação sobre a alimentação sobre enjoos, e o paciente fala que não tem comida! E aí? A gente tem que desconstruir tudo que a gente falou e trabalhar com o que eles têm. Isso é um desafio grande. (PSB6)*

Os pacientes têm direito a solicitar a gratuidade da passagem para deslocamento até a unidade de saúde para tratamento da TB, mas o processo é burocrático, podendo demorar até quatro meses para ser concedido. Para lidar com essas situações, os profissionais organizam doações de alimentos e, muitas vezes, se cotizam para auxiliar o paciente com dinheiro para transporte e alimentação.

### **Considerações sobre o serviço e perspectivas**

Quando indagados sobre as medidas de biossegurança utilizadas, os profissionais de saúde citaram a máscara. Apesar de haver máscaras (respiradores N95) disponíveis, 83% dos entrevistados em Lisboa relataram só usar quando sabem que o paciente é bacilífero. Os profissionais também não realizam consultas médicas ou exames ocupacionais periódicos. Outro ponto é que, no CDP, há um espaço físico antigo, no qual as instalações foram adaptadas para atendimento da TB sem ventilação adequada. Já na sala de espera, onde ficam os contatos para o rastreio e os pacientes, não há qualquer sistema de filtragem ou de ventilação. O doente, quando chega, é orientado a colocar a máscara comum. Já no APGG, a estrutura física e biossegurança são destacadas como pontos positivos pelos profissionais de saúde. Todos usavam respiradores N95 e os consultórios contam com filtro HEPA.

Quanto aos sistemas de informação utilizados, em Portugal todos os usuários têm número único de cadastro no Serviço Nacional de Saúde. Há, em nível nacional, um sistema eletrônico de prescrição e prontuário para evolução clínica, que



pode ser acessado pelos médicos. O laboratório possui um sistema próprio para gerenciamento dos exames, o Sistema de vigilância de base laboratorial (VigLab-TB).

O Brasil, por sua vez, não conta com um sistema nacional de prontuário online, o que dificulta o acesso ao histórico clínico do paciente. Há o Sistema de Informação de tratamentos Especiais (SITETB) utilizado para registro dos dados clínicos dos casos TB-MDR. Este, porém, é acessado apenas por médicos das unidades de referência. Dessa forma, os médicos da rede básica não têm acesso ao histórico do paciente, dando-se a comunicação entre as unidades por um formulário em papel enviado por meio do paciente. Os laboratórios utilizam o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), em que todos os exames e resultados são cadastrados, porém não há integração com os outros sistemas eletrônicos de informação.

Em relação aos pontos que consideravam críticos e que deveriam melhorar, ambas as equipes destacaram a comunicação e a organização. Os entrevistados relataram que a comunicação entre os atores envolvidos no tratamento dos pacientes nos diferentes níveis de atenção ao cuidado, não é adequada.

Em Lisboa, apesar de usarem redes de e-mail, em que participam coordenadores do laboratório, da farmácia e dos CDP para comunicar um novo caso, trocar informações ou resultados de exames, o fluxo ainda não é ágil o bastante. Na questão da organização, os entrevistados relataram que faltam fluxos definidos e que as decisões e informações são muito centralizadas em algumas pessoas. Os profissionais se queixam também da burocracia. As decisões são muito verticalizadas, pouco ágeis e acabam prejudicando o tratamento.

*O problema é que nós temos uma realidade em Lisboa que nos falha em muita coisa, nós temos poucos apoios e há sempre muitos entraves e é tudo muito burocrático. (PSP4)*

No Rio de Janeiro, os profissionais organizavam reuniões periódicas a cada três meses com as coordenações das áreas dos municípios para discutir os casos mais difíceis. Com isso, conseguem resolver muitos problemas e resgatar alguns pacientes.

Por fim, os profissionais envolvidos com atividades de pesquisa se mostraram mais motivados que aqueles que só atuam na assistência. Em Lisboa, os técnicos no laboratório de referência estavam envolvidos com vários projetos de investigação, mas não houve relato de pesquisas em andamento no CDP.

No Rio de Janeiro, alguns profissionais estavam envolvidos na pesquisa clínica de um novo esquema terapêutico para TB-MDR e todos disseram que gostariam de ter a oportunidade de participar de outras pesquisas. Sem dúvida, isso é um fator que contribui para manter a equipe atualizada e estimulada.

Todos os profissionais declararam gostar muito de trabalhar com TB. Porém, em ambas as cidades, os profissionais disseram que atualmente se sentem menos motivados, seja pelo excesso de trabalho, pela falta de reconhecimento ou pelo peso dos anos.

#### **4. Discussão**

Apesar da diferença nos indicadores da TB, Rio de Janeiro e Lisboa tem uma estrutura de saúde para o atendimento dos pacientes TB-MDR bem similares e enfrentam desafios comuns na cascata de cuidados da TB-MDR. A vulnerabilidade social dos pacientes, a redução de profissionais nas equipes, problemas na busca de faltosos e sistema laboratorial não integrado ao sistema clínico foram citados por ambos os grupos entrevistados como problemas enfrentados.

Verificam-se em Lisboa, tal qual no Rio de Janeiro, problemas de desigualdade social associado à origem étnica das populações. Cerca de 42,4% dos estrangeiros que residem em Portugal são, na sua maior parte, provenientes dos países africanos de língua oficial portuguesa (Oliveira, 2019). A maioria concentra-se na área metropolitana de Lisboa, residindo em

bairros sociais ou em bairros de autoconstrução, com empregos pouco qualificados e mal remunerados como a construção civil, trabalhos domésticos, empresas de limpeza e restauração (Gomes, 2019). Um estudo que analisou uma coorte de pacientes TB-MDR em Lisboa, de 2000 a 2014, mostrou que, dos 93 pacientes estrangeiros da amostra, 81,7% eram de origem africana. Mesmo com a tendência de queda, a taxa média da TB-MDR entre os estrangeiros, no período 2000-2014, era 7,6 vezes maior do que entre os portugueses. Além disso, ser estrangeiro esteve associado 3 vezes mais ao insucesso e 4 vezes mais ao abandono do tratamento (Bhering et al., 2019a). Outro estudo observou que, em Portugal, casos TB-MDR eram mais propensos de terem nascido em outros países que os casos de TB não MDR (27,3% vs. 13,6%) (Oliveira et al, 2020). A dificuldade de entender como ter designado um médico de família e a incerteza sobre os direitos para acessar cuidados médicos são as principais dificuldades apontadas pelos imigrantes no acesso aos serviços de saúde (Linhas et al., 2019).

No Brasil, afrodescendentes têm mais chance de insucesso e abandono de tratamento da TB-MDR (Bhering et al, 2019b). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostram que 55,8% da população brasileira é composta por afrodescendentes, os quais ganham 50,3% do rendimento de pessoas brancas e representam 76% dos brasileiros mais pobres (IBGE, 2019, 2018).

Em relação à atenção primária no Rio de Janeiro, o percentual de cobertura do programa saúde da família passou de 59,5% em dezembro de 2016 para 39,6% em dezembro de 2020 (Brasil, 2021a). Essa redução veio acompanhada da piora dos indicadores da TB no período. De 2015 a 2020 a incidência passou de 54,5 para 60 por 100 mil habitantes, e o abandono aumentou de 13% para 16% entre casos novos de TB pulmonar e de 28,5% para 34,4% entre os casos de retratamento (Brasil, 2016; 2021b). Já em Portugal, a crise econômica que atingiu o país de 2011 a 2015 causou redução e congelamento de salários, de promoções e de novas contratações de pessoal, ao mesmo tempo que impôs medidas para aumento da produtividade (Russo et al., 2017). Os médicos relataram uma diminuição na remuneração pública de cerca de 30,5%, além de um aumento nas horas trabalhadas (Rego et al., 2017).

Apesar do menor número de casos, Lisboa tem um fluxo de imigrantes que pode dificultar o acompanhamento do tratamento, pois esses pacientes realizam frequentes mudanças de endereço e de contatos telefônicos, além de poderem retornar ao país de origem, levando ao abandono (Tavares et al., 2019). Já no Rio de Janeiro, as ESF, além de todas as atribuições da atenção primária, são as responsáveis pela busca dos pacientes. Pesquisa realizada com profissionais das ESF mostrou que 61,2% dos profissionais informaram que nunca, ou às vezes, realizavam a busca ativa dos casos e 69,5% disseram não terem recebido capacitação suficiente para realizar as ações de controle da TB (Santos et al., 2012).

Outro ponto importante é que Lisboa se destaca por ter um diagnóstico da resistência aos fármacos mais ágil e por possuir estratégias centradas no paciente, pilar 1 da estratégia End TB, a qual visa estabelecer esquemas de proteção social para prevenir e aliviar o fardo da pobreza, vulnerabilidade e exclusão social que, muitas vezes, afetam as pessoas com TB e suas famílias (Odone et al., 2018). Desde os anos 2000, Portugal tem uma legislação que descriminalizou o consumo de drogas, e que fez com que os viciados deixassem de ser tratados como criminosos, sendo incluídos nos programas de cuidados do sistema de saúde para tratarem suas doenças (Martins, 2013). No programa de substituição de heroína por metadona, os pacientes realizam exames de HIV e de TB, além de tomarem o medicamento supervisionado. Como resultado, as contaminações por HIV entre usuários caíram de 104 casos novos por milhão ano em 1999 para 4,2 em 2015 e, além disso, a população carcerária, por motivos relacionados às drogas, caiu de 75% para 45% (Linde, 2019).

Apesar de contar com um sistema de gerenciamento laboratorial, a demora no diagnóstico e a subnotificação dos casos é um problema no Rio de Janeiro. Estudo realizado no Rio de Janeiro descreveu um tempo médio de 113 dias (95% IC 109 – 117) entre a solicitação do exame para detecção da resistência e a liberação do resultado para casos TB-MDR (Silva et al., 2021). Outro estudo que analisou a subnotificação de TB-MDR - casos com diagnóstico de multirresistência no GAL, mas sem tratamento registrado no SITETB - mostrou que 27,6% eram do Rio de Janeiro (Bartholomay et al., 2020). Esses são

fatores que podem contribuir para a transmissão primária da TB-MDR e corroboram a percepção dos profissionais de aumento da resistência primária.

Por fim, o Rio de Janeiro se destaca por ter uma estrutura mais adequada no nível terciário, tanto no espaço físico, quanto em relação aos recursos humanos disponíveis.

## 5. Considerações Finais

A semelhança na organização dos serviços nos dois países possibilita a comparação da cascata do cuidado aos pacientes com TB-MDR. Lisboa destaca-se por ter um diagnóstico da resistência mais ágil, suporte aos grupos de risco e medicamentos mais modernos, enquanto o Rio de Janeiro tem melhor biossegurança e mais recursos humanos. Lisboa tem um tratamento mais centrado no paciente, enquanto a falta de um fluxo que agilize o diagnóstico da resistência e de políticas públicas que amparem o paciente compromete a evolução do tratamento na cidade brasileira.

Apesar de concentrar a maior parte dos pacientes em tratamento, o APGG não é o único centro de referência no município brasileiro e o estudo pode não refletir a realidade de todo o município. Futuros estudos que apliquem essa abordagem em outros centros de referência do município são pertinentes para conhecermos as demais realidades.

## Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barreira, D. (2018). Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(1): e00100009.
- Bartholomay, P., Pinheiro, R. S., Johansen, F. D. C., De Oliveira, S. B., Rocha, M. S., Pelissari, D. M., et al. (2020) Gaps in drug-resistant tuberculosis surveillance: Probabilistic database linkage in Brazil. *Cad Saúde Pública*, 36(5):1–13.
- Bhering, M., Kritski A., Nunes C., & Duarte R. (2019a). Multidrug-resistant tuberculosis in Lisbon: unsuccessful treatment and associated factors, 2000-2014. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 23(10):1075-81.
- Bhering, M., Duarte, R., & Kritski, A. (2019b) Predictive factors for unfavourable treatment in MDR-TB and XDR-TB patients in Rio de Janeiro State, Brazil, 2000-2016. *PLoS One*, 14(11):e0218299.
- Brasil (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. *Boletim Epidemiológico*, 50(9):1–18.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico da Tuberculose. *Boletim Epidemiológico*; 47(13).
- Brasil (2021a). Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família.e- Gestor: Informação e gestão da atenção básica. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
- Brasil (2021b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 43p.
- DGS (2011). Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose – ponto da situação epidemiológica e de desempenho. Relatório para o dia mundial da tuberculose 2011. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- DGS (2018). Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para Tuberculose. Tuberculose em Portugal - Desafios e Estratégias. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- ECDC (2021). WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2021 – 2019 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Gomes, A. R. (2019). Os Afrodescendentes e as fronteiras da identidade. *Revista Migrações*. Número Temático Afrodescendentes em Portugal, Observatório das Migrações; (16): 17-31.
- IBGE (2018). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2018. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE (2019). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil, 2019. IBGE.
- Linde, P. (2019). Como Portugal se tornou referência mundial na regulação das drogas. El País. [https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/02/internacional/1556794358\\_113193.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/02/internacional/1556794358_113193.html)
- Linhas, R. (2019) et al. Immigrants' access to health care: Problems identified in a high-risk tuberculosis population. *Pulmonology*; 25(1):32-39.

- Martins, V. L. (2013). A política de descriminalização de drogas em Portugal. *Serviço social & sociedade*. 114:332-346.
- Minayo, M. C. S. (2013). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec.
- Odone, A., Roberts, B., Dara, M., van den Boom, M., Kluge, H., & McKee, M. (2018). People- and patient-centred care for tuberculosis: models of care for tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*; 22(2):133-138.
- Oliveira, C. R. (2019). Afrodescendentes em Portugal- Nota da diretora. *Revista Migrações*. Número Temático Afrodescendentes em Portugal, Observatório das Migrações. (16):9-13.
- Oliveira, O., Ribeiro, A. I., Krainski, E. T., Rito, T., Duarte, R., & Correia-Neves, M. (2020). Using Bayesian spatial models to map and to identify geographical hotspots of multidrug-resistant tuberculosis in Portugal between 2000 and 2016. *Scientific Reports*; 10(1):16646.
- Portugal (2020). Departamento de Prestações e Contribuições. Instituto da Segurança Social. Guia Prático – Subsídio de Doença. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/24095/5001\\_subsidio\\_doenca/7eefa38c-22f9-4552-b291-f97b99d39c0c](https://www.seg-social.pt/documents/10152/24095/5001_subsidio_doenca/7eefa38c-22f9-4552-b291-f97b99d39c0c)
- Rego, I., Russo, G., Gonçalves, L., Perelman, J., & Barros, P. P. (2017). Economic Crisis and Portuguese National Health Service Physicians: Findings from a Descriptive Study of Their Perceptions and Reactions from Health Care Units in the Greater Lisbon Area. *Acta Médica Portuguesa*;30(4):263-272.
- Rudgard, W. E., Chagas, N. S., Gayoso, R., Barreto, M. L., Boccia, D., Smeeth, L., Rodrigues, L. C., Lönnroth, K., Williamson, E., Maciel, E. L. N. (2018). Uptake of governmental social protection and financial hardship during drug-resistant tuberculosis treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *European Respiratory Journal*; 51:1800274.
- Russo, G., Pires, C. A., Perelman, J. et al. (2017). Exploring public sector physicians' resilience, reactions and coping strategies in times of economic crisis; findings from a survey in Portugal's capital city area. *BMC Health Services Research*; 17(1):207.
- Santos, T. M. M. G., Nogueira, L. T., & Arcêncio, R. A. (2012) Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*; 25(6):954-961.
- Silva, M. L. B., Durovini, P., Mota, P., & Kritsk, A. L. (2021). Fatores associados à subnotificação de casos de tuberculose multirresistente no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: relacionamento probabilístico entre sistemas de informação. *Cad Saúde Pública*, 37(10):e00293920.
- Soranz, D., & Pisco, L. A. C. (2017). Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*; 22(3): 679-686.
- Tavares, A. M., Garcia, A. C., Gama, A., Abecasis, A. B., Viveiros, M., & Dias, S. (2019). Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: a mixed methods study with primary healthcare providers. *BMC Health Services Research*. 19(1):233.
- WHO (2020). World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2020. Geneva: World Health Organization.