

Perfil dos casos de abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário mineiro



Cases profile of tuberculosis treatment abandonment in prioritized a Minas Gerais municipality

RESUMO

Érika Andrade e Silva¹,
Isabel Cristina Gonçalves Leite²,
Bárbara Aparecida Souza
Correia³,
Izabella Nunes Ambrozini de
Sousa⁴
Camila Ribeiro Araújo⁵,
Girleene Alves da Silva⁶

¹Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

²Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

³Faculdade de Enfermagem, Bolsista de Projeto de Extensão (PROEX/UFJF). Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

⁴Faculdade de Enfermagem, Voluntária de Iniciação Científica (VIC/UFJF). Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

⁵Faculdade de Enfermagem, Bolsista de Iniciação Científica (BIC/UFJF). Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

⁶Departamento de Enfermagem Aplicada, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

✉ **Érika Silva**
Faculdade de Enfermagem - Rua José Lourenço Kelmer, s/n São Pedro, Juiz de Fora-MG CEP: 36036-900
📧 erikandradesilva@gmail.com

Introdução: tuberculose é uma doença milenar que ainda constitui um grande problema de saúde pública. É legítima a necessidade de consideração das implicações sociais e epidemiológicas que a TB possui, para o alcance da sua prevenção e controle, e mesmo diante dos esforços já instituídos, o abandono do tratamento tem se tornado cada vez mais frequente. **Objetivo:** Descrever o perfil dos casos de s abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário mineiro, no período de 2008 a 2017, compreendendo fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais dos indivíduos e do tratamento. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo ecológico do tipo série temporal, realizado mediante consulta de dados secundários disponíveis no Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN). Os dados obtidos foram armazenados e consolidados para cálculo de frequência absoluta e relativa e representados nas tabelas. **Resultados:** Foram registrados 554 casos de abandono do tratamento de tuberculose, com predomínio do sexo masculino, faixa etária de 30 a 49 anos, pretos, com nível de escolaridade fundamental incompleto, apresentando tuberculose em forma pulmonar, HIV negativos, etilistas e usuários de droga. Entre os casos de abandono há preeminência do HIV negativo, baixa realização de testagem HIV, não realização de tratamento diretamente observado, sendo o serviço de referência especializada como a unidade de acompanhamento da condição de saúde. **Conclusão:** O perfil encontrado é consoante com os indivíduos de maiores taxas de incidência da doença, bem como com os mais elevados índices de mortalidade pela tuberculose em todo o território nacional. O nível de escolaridade do indivíduo apresentou-se como uma característica importante no seguimento do tratamento, assim como a realização do tratamento observado.

Palavras-chave: tuberculose, epidemiologia, vulnerabilidade social, pacientes desistentes do tratamento

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is a millenary disease that is still a major public health problem. It is legitimate to consider the social and epidemiological implications of TB in order to achieve its prevention and control. Even with the efforts already made, the abandonment of tuberculosis treatment has become increasingly frequent. **Objective:** To describe the profile of cases of abandonment of tuberculosis treatment in a prioritized municipality of Minas Gerais state from 2008 to 2017, including sociodemographic, clinical and behavioral factors of individuals and treatment. **Material and Methods:** This is an ecological study of a time series type, based on secondary data available in the Information System on Diseases of Compulsory Declaration. The obtained data were stored and consolidated for absolute and relative frequency calculation and represented in the tables. **Results:** A total of 554 cases of abandonment of tuberculosis treatment were registered, with a predominance of males, aged between 30 and 49 years, blacks with incomplete primary education, presenting pulmonary tuberculosis, HIV negative, alcohol users and drug users. Among the cases of abandonment there is a prominence of HIV negative, low HIV testing, not directly observed treatment, and the referral specialized service as the unit for monitoring the health condition. **Conclusion:** The profile found is consistent with the individuals with the highest incidence rates of the disease, as well as with the highest tuberculosis mortality rates in the country. The level of schooling of the individual was presented as an important characteristic in the follow-up of the treatment, as well as the accomplishment of the observed treatment.

Keywords: tuberculosis, epidemiology, social vulnerability, patient dropouts

Submetido: 15/02/2019
Aceito: 11/04/2019



INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença milenar que acomete principalmente os pulmões, e recrudescceu nas últimas décadas do século XX em decorrência do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (RUFFINO-NETTO, 2002). Elencada como a oitava principal causa de morte no mundo, sendo ainda a principal causa de morte em pessoas com HIV e a principal causa de óbitos relacionados à resistência antimicrobiana. Tem alcance em todos os grupos etários, é caracterizada pelas profundas raízes sociais, reforçada pela pobreza e a má distribuição de renda, além do estigma que resulta na não adesão ao tratamento pelos doentes, familiares e contactantes (WHO, 2016; WHO, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo, 10,4 milhões de pessoas tiveram tuberculose em 2016 e cerca de 1,7 milhões morreram pela doença. Neste mesmo ano, cerca de um milhão de crianças ficaram doentes com TB e 250.000 delas morreram (incluindo crianças com TB associada ao HIV). Somado a isso, a resistência às drogas tem emergido recentemente como mais uma grande preocupação no enfrentamento da TB. Neste contexto, a OMS alerta para os esforços empreendidos, sobrelevando que 53 milhões de vidas foram salvas através do diagnóstico e tratamento da tuberculose entre 2000 e 2016, devido aos resultados coletivos mundiais em combater a doença (WHO, 2017; HOLTZ et al., 2006).

De acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020, o Brasil ocupa 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB e a 19ª posição dos na lista dos 30 países prioritários para TB-HIV. A região das Américas representa cerca de 3,0% da carga mundial de tuberculose com 268 mil casos novos estimados, sendo o Brasil o responsável por 33,0% desta carga, ocupando hoje o 16º lugar no ranking entre os 22 países com 80% da carga de TB (WHO, 2017).

No ano de 2018, o Brasil diagnosticou 72.788 casos novos de TB, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil habitantes. Em 2017, foram registrados 4.534 óbitos pela doença, o que equivale ao coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil habitantes, o mesmo do ano anterior (BRASIL, 2019).

Confrontando com este cenário, destaca-se que em 2014, foi aprovada na Assembleia Mundial de Saúde a Estratégia pelo Fim da Tuberculose, na qual o Brasil foi o principal proponente. A Estratégia tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, zero casos novos e zero sofrimento devido à tuberculose” e por objetivo o fim da epidemia global da doença. Para isso foram estabelecidas metas, para cumprimento em 2035, que são: reduzir o coeficiente de incidência em 90,0% (menos de 10 casos por 100 mil habitantes)

comparado com 2015 e, reduzir o número de óbitos por tuberculose em 95,0%, (menos de 1 óbito por 100 mil habitantes) comparado com 2015 (BRASIL, 2017).

Para o alcance das metas, a estratégia prevê o estabelecimento de três pilares, sendo o primeiro voltado para a atenção ao paciente, o segundo para o componente social e o terceiro para a pesquisa e inovação. Destaca-se no primeiro pilar a indicação de estratégias para acompanhamento do tratamento, capazes de reduzir os desfechos desfavoráveis e o desenvolvimento de ações que favoreçam a adesão ao tratamento da tuberculose, como o Tratamento Diretamente Observado (TDO) (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

O TDO é considerado como principal ação de apoio e monitoramento do tratamento das pessoas com TB, compreendendo uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde (ou profissional capacitado) que realizam a observação da ingestão dos medicamentos preferencialmente em todos os dias úteis da semana, contudo, também é considerado TDO se a observação da tomada ocorrer no mínimo três vezes por semana durante todo tratamento (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

De certo, muitos esforços já foram instituídos para controle da doença, contudo, o abandono do tratamento da TB tem se tornado cada vez mais frequente. Isso é percebido no percentual insatisfatório de cura da TB, que não ultrapassa 75% dos casos tratados, embora o Brasil tenha sido o primeiro país a implantar o tratamento de curta duração – seis meses – em 1980, com relativo sucesso inicial (BRASIL, 2017b).

O abandono do tratamento configura ônus tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS), que assume o tratamento da TB desde a fase de rastreio e diagnóstico até a cura, como também para próprio paciente que fica sujeito à burocracia do reingresso ao tratamento e a ineficiência dos esquemas terapêuticos, dificultando a eliminação da doença e favorecendo sobretudo o surgimento da doença em forma multirresistente (TBMR) (OLIVEIRA; MOREIRA, 2000; BRASIL, 2017b).

Diante do contexto, faz-se necessário conhecer o perfil dos pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose, com destaque para o município considerado prioritário pelo Ministério da Saúde diante de sua situação epidemiológica, buscando então subsídios para o aprimoramento das políticas públicas de saúde favoráveis ao combate, controle e tratamento eficaz da doença. Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil dos casos de abandono do tratamento da tuberculose em um município mineiro, no período de 2008 a 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo ecológico série

temporal, de caráter descritivo e exploratório, realizado através do levantamento de dados secundários. Apresenta como unidade de análise um município mineiro de médio porte, e como recorte temporal o período de 2008 a 2017.

O município de análise está situado no sudeste do Estado de Minas Gerais (MG) e é o quarto maior do estado, com o maior coeficiente de incidência de TB no estado de MG e o segundo com maior número de casos de TB em 2016 (IBGE, 2018). Possui um sistema de saúde robusto, que garante suporte à rede assistencial de saúde aos municípios da macrorregional, sendo polo de referência em saúde. Diante da necessidade de reavaliação do Programa Municipal de Controle da TB, após visita de monitoramento, realizada em junho de 2017, pelo Programa Estadual de Controle da TB (PECT), em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), o referido município foi considerado prioritário para as ações de controle da TB, sendo instituído intervenção no município, com o objetivo de analisar e propor ações para aumentar a efetividade dos resultados epidemiológicos referentes ao controle da TB neste cenário.

Utilizou-se como fonte de dados o Sistema de Informações de Agravos e Notificação do Ministério da Saúde (SINAN), disponibilizado online e gratuitamente por intermédio do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental do município, via informações de saúde do programa TABNET.

Para este estudo, foram adotadas variáveis específicas: sexo (feminino e masculino); faixa etária (0 a 14 anos, 15 a 29 anos, 30 a 49 anos e acima de 50 anos); raça/cor (branca, preta, parda e outros -compreendendo amarelo e indígena e ignorado); escolaridade (analfabeto, ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto e ensino superior completo ou incompleto); população vulnerável (população de rua e privados de liberdade), tipo de entrada (caso novo, recidiva, reingresso após abandono, transferência); forma de apresentação da tuberculose (pulmonar, extrapulmonar e ambas), agravos associados (AIDS, alcoolismo, diabetes, doença mental, usuário de drogas); teste HIV (positivo, negativo, em andamento e não realizado); Tratamento Diretamente Observado-TDO (sim, não, ignorado); serviço de saúde em acompanhamento (Hospital, Serviço de Referência especializada (Tisiologia), Unidade Básica de Saúde (UBS), outros. Com a finalidade de analisar e relacionar os dados do SINAN e as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais, e as características do acompanhamento dos casos de abandono do tratamento, foram realizadas análises de frequências absoluta e relativa. Utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics 23, para análise dos dados e as tabelas foram construídas através do programa Excel para Windows 2013. A aprovação para o estudo foi

obtida no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número de parecer 2.754.807, embora trate-se de um estudo com utilização de dados secundários disponíveis em site de domínio público.

RESULTADOS

No seguimento analisado que compreende de 2008 a 2017, foram registrados 2.966 casos de todas as formas de TB no município; 554 desses casos obtiveram encerramento classificado como "abandono" do tratamento, correspondendo a uma proporção de abandono total de 18,7%. No período estudado houve uma progressão dessa proporção de 2,6% (2008) para 19,3% (2017), com pico de maior valor (31,7%) no ano de 2013 (Figura 1).

No que se refere às características sociodemográficas dos indivíduos que abandonaram o tratamento da TB no período analisado pelo estudo, há preeminência do sexo masculino (77,4%), distribuídos na faixa etária de 30 a 49 anos (61,0%) e acima de 50 anos (23,1%) respectivamente, que se declararam da cor preta (39,4%) seguido da cor parda (27,6%) e escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto (42,7%). Vale destacar que o não preenchimento do campo referente ao grau de escolaridade dos indivíduos representou mais de 37% de todos os casos registrados no período do estudo. Dentre os casos de abandono do tratamento, destaca-se entre as populações vulneráveis a população de rua (9,5%), seguida dos privados de (2,7%) (Tabela1).

Dentre os atributos clínicos e comportamentais que apresentaram maior relevância entre as variáveis analisadas, apura-se o tipo de entrada classificado como caso novo (57,0%), seguido do reingresso após abandono (31,3%); a apresentação da tuberculose na forma pulmonar (86,1%), ausência da manifestação de AIDS (56,1,1%), condição de não alcoolistas (43,1%) quase equiparada com a de alcoolista (42,1%), não diabéticos (83,4%), ausência de doença mental associada (81,4%) e usuários de droga (32,7%). Destaca-se que mais de 45% dos casos notificados não receberam o devido preenchimento na subcategoria referente a condição de uso de drogas (Tabela 2).

No que se refere as condutas e características do tratamento destaca-se a realização do teste HIV com resultado negativo (47,7%), a não realização do tratamento diretamente observado (TDO) (71,5%) e o serviço de referência especializada-Tisiologia como unidade de atendimento (46,4%). Destaca-se que mais de 25% dos casos de abandono não realizaram testagem para HIV (Tabela 3).

Tabela 1: Frequência dos casos de abandono do tratamento de tuberculose segundo características sociodemográficas. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2008-2017

Variáveis	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Sexo												
Feminino	0,0	28,6	5,0	18,4	16,3	16,0	21,6	32,9	27,6	30,6	125	22,6
Masculino	100,0	71,4	95,0	81,6	83,7	84,0	78,4	67,1	72,4	69,4	429	77,4
Faixa etária												
0 a 14 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	0,4
15 a 29 anos	14,3	14,3	0,0	8,1	8,2	11,0	10,3	15,7	21,1	37,5	86	15,5
30 a 49 anos	85,7	57,1	45,0	73,5	57,1	61,0	69,1	64,3	60,5	44,4	338	61,0
Acima 50 anos	0,0	28,6	55,0	18,4	32,7	27,0	20,6	20,0	18,4	18,1	128	23,1
Raça												
Branca	28,6	21,4	35,0	30,6	38,8	25,0	27,8	22,9	19,7	13,9	139	25,1
Preta	0,0	35,7	20,0	34,7	34,7	41,0	22,7	44,3	46,1	63,9	218	39,4
Parda	28,6	14,3	20,0	24,5	26,0	26,0	27,1	27,1	20,8	20,8	153	27,6
Outros	0,0	0,0	5,0	4,1	2,0	1,0	2,1	0,0	0,0	0,0	7	1,3
Ignorado	42,8	28,6	20,0	20,0	10,2	7,0	5,1	5,7	1,3	1,4	37	6,6
Escolaridade												
Analfabeto	0,0	0,0	0,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0	2,6	4,2	7	1,3
Fundamental incompleto	42,9	28,6	45,0	53,1	53,1	42,0	37,1	52,9	32,9	236	38,9	42,7
Fundamental completo	14,3	0,0	5,0	2,0	4,1	5,0	5,2	10,0	2,6	8,3	30	5,4
Ensino médio incompleto	0,0	0,0	0,0	2,0	4,1	6,0	3,1	5,7	11,8	13,9	35	6,3
Ensino médio completo	0,0	7,1	0,0	6,1	6,1	5,0	11,3	1,4	5,3	1,4	29	5,2
Superior incompleto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	3,1	0,0	0,0	1,4	6	1,1
Superior completo	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,4	3	0,5
Ignorado	42,8	64,3	50,0	34,8	28,6	39,0	40,2	30,0	44,8	30,5	208	37,5
População vulnerável												
População de rua	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,18	1,3	2,7	2,9	2,4	52	9,5
Privados de liberdade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,9	0,9	0,2	15	2,7
População geral											554	100,0

Fonte: SINAN/DATASUS/TABNET

Tabela 2: Frequência dos casos de abandono do tratamento de tuberculose segundo características clínicas e comportamentais, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2008-2017

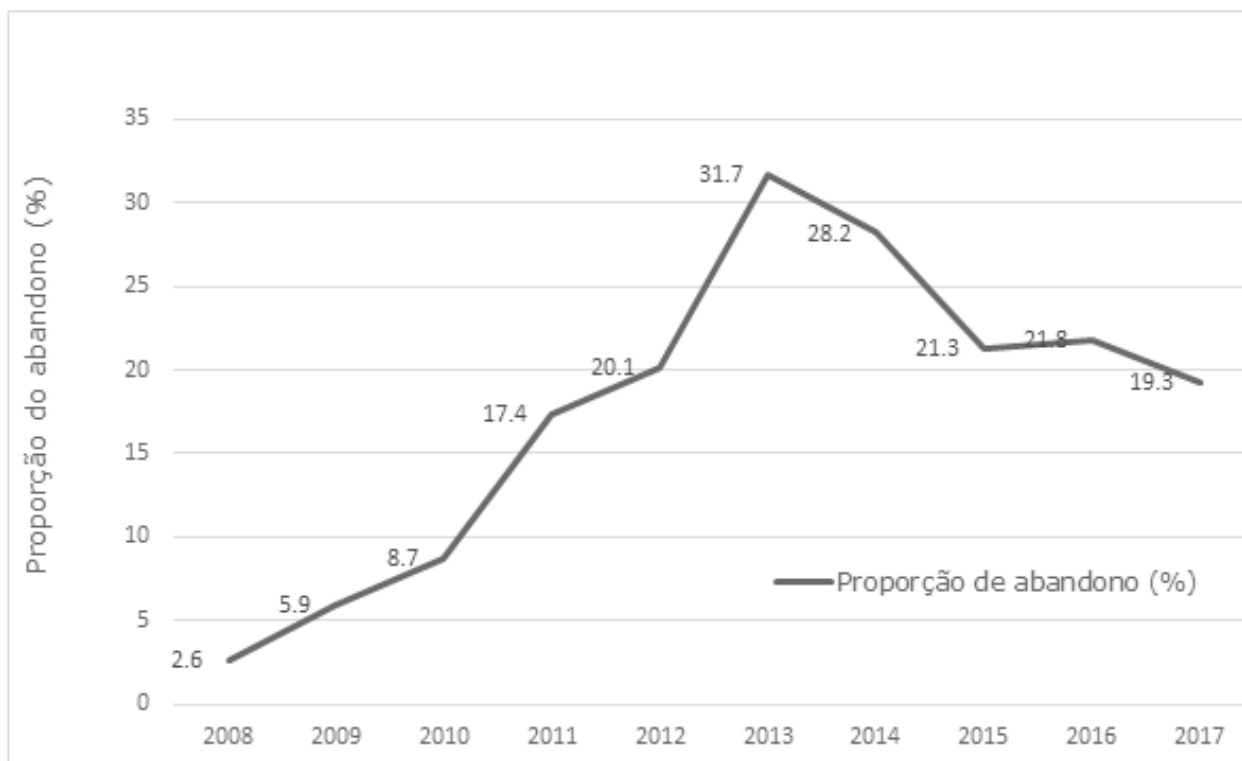
Variáveis	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Tipo de entrada												
Caso novo	71,4	42,9	60,0	79,6	46,9	53,0	57,7	51,4	52,6	63,8	316	57,0
Recidiva	0,0	21,4	25,0	8,2	20,4	14,0	7,2	5,7	5,3	5,6	55	9,9
Reingresso após abandono	28,6	35,7	15,0	10,2	28,6	30,0	35,1	41,5	40,8	27,8	173	31,3
Transferência	0,0	0,0	0,0	2,0	4,1	3,0	0,0	1,4	1,3	2,8	10	1,8
Forma												
Pulmonar	100,0	100,0	95,0	89,8	89,8	82,0	82,5	87,2	84,2	86,1	477	86,1
Extrapulmonar	0,0	0,0	0,0	10,2	6,1	15,0	16,5	11,4	13,2	12,5	66	11,9
Pulmonar + extrapulmonar	0,0	0,0	5,0	0,0	4,1	3,0	1,0	1,4	2,6	1,4	11	2,0
Agravos associados												
Aids												
Sim	14,3	7,1	0,0	20,4	26,5	24,0	16,5	35,7	21,1	27,8	126	22,7
Não	57,1	92,9	55,0	46,9	65,3	48,0	52,6	52,9	57,9	66,7	311	56,1
Ignorado	28,6	0,0	45,0	32,7	8,2	28,0	30,9	11,4	21,0	5,5	117	21,2
Alcoolismo												
Sim	71,4	57,1	35,0	38,8	30,6	39,0	39,2	41,4	44,7	54,2	233	42,1
Não	28,6	42,9	30,0	30,6	61,2	43,0	43,3	45,7	42,1	43,1	239	43,1
Ignorado	0,0	0,0	35,0	30,6	8,2	18,0	17,5	12,9	13,2	2,7	82	14,8
Diabetes												
Sim	0,0	0,0	0,0	2,0	6,1	4,0	4,2	4,3	2,6	5,6	21	3,8
Não	71,4	100,0	60,0	65,3	87,8	77,0	81,4	90,0	94,7	90,3	462	83,4
Ignorado	28,6	0,0	40,0	32,7	6,1	19,0	14,4	5,7	2,7	4,2	71	12,8
Doença mental												
Sim	0,0	14,3	5,0	6,0	8,2	4,0	4,1	2,9	2,6	4,2	25	4,5
Não	71,4	85,7	55,0	59,2	87,8	79,0	82,5	88,6	85,5	90,3	451	81,4
Ignorado	28,6	0,0	40,0	34,7	4,1	17,0	13,4	8,6	11,8	5,5	78	14,1
Usuário de drogas												
Sim	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	23,0	28,9	54,3	55,3	68,1	181	32,7
Não	0,0	0,0	0,0	4,1	10,0	12,0	27,8	35,7	36,8	29,1	115	20,8
Ignorado	100,0	100,0	100,0	95,9	65,0	65,0	43,3	10,0	7,9	2,8	258	46,5

Fonte: SINAN/DATASUS/TABNET

Tabela 3: Frequência dos casos de abandono do tratamento de tuberculose segundo condutas e características durante o tratamento, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2008-2017

Variáveis	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Teste HIV												
Positivo	14,3	7,1	0,0	20,4	26,5	24,0	16,5	35,7	21,1	27,8	126	22,7
Negativo	57,1	71,4	30,0	36,7	44,9	32,0	45,4	52,9	57,9	65,3	264	47,7
Em andamento	0,0	0,0	5,0	6,1	10,2	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11	2,0
Não realizado	28,6	21,5	65,0	36,8	18,4	42,0	38,1	11,4	21,0	6,9	153	27,6
TUDO												
Sim	85,7	71,4	45,0	51,0	53,1	19,0	12,4	1,4	3,9	8,3	117	21,1
Não	14,3	28,6	55,0	44,9	46,9	65,0	70,1	94,3	96,1	87,5	396	71,5
Ignorado	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	16,0	17,5	4,3	0,0	4,2	41	7,4
Unidade de atendimento no abandono												
Hospital	71,4	64,3	65,0	49,0	49,0	40,0	48,5	31,4	25,0	27,8	223	40,3
Serviço referência	14,3	28,6	30,0	40,8	49,0	47,0	44,3	58,6	59,2	36,1	257	46,4
UBS	14,3	7,1	5,0	10,2	0,0	12,0	7,2	10,0	14,5	31,9	68	12,3
Outros	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	0,0	1,3	4,2	6	1,0

Fonte: SINAN/DATASUS/TABNET



Fonte: SINAN/DATASUS/TABNET, 2008-2017.

Figura 1: Proporção de abandono (%) do tratamento de tuberculose no município

DISCUSSÃO

Evidencia-se que os casos de abandono do tratamento de tuberculose teve acelerada progressão no período de 2008 à 2013, seguindo com declínio constante nos anos subsequentes. Porém o indicador permaneceu elevado. No período de 2008 a 2017, foram registrados 554 casos de abandono no tratamento da tuberculose, correspondendo a 18,7% dos 2.966 casos notificados no período. O percentual de abandono observado é mais que três vezes maior que o percentual considerado aceitável pela OMS que é de 5%. Elevadas taxas de abandono de tratamento também foram encontradas em outros estudos realizados no país (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; BELLO et al., 2010), exprimindo a necessidade de incremento e direcionamento das ações de adesão ao tratamento aos grupos com maior risco para abandono.

Ao analisar as características sociodemográficas a maioria dos usuários que abandonaram o tratamento, o perfil identificado compreende indivíduos do sexo masculino, pertencentes à faixa etária de 30 a 49 anos, que se declararam da cor preta e que não possuíam o ensino fundamental completo, sendo o perfil consoante com os resultados encontrados em outros estudos sobre o tema (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; SOARES et al., 2017).

Considera-se que o sexo masculino possua maior risco para doenças infectocontagiosas quando consideramos também fatores de risco como tabagismo, alcoolismo e uso de drogas, além da menor preocupação, quando comparado às pessoas do sexo feminino, com relação aos cuidados com a saúde (PAIXÃO; GONTIJO, 2007). Em linhas gerais, a faixa etária de 30 a 49 anos, e a cor/raça preta são dados predominantemente encontrados em estudos epidemiológicos relacionados à incidência da tuberculose e aos óbitos e abandonos de tratamento (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; CORTEZI; SILVA, 2006). Maior abandono observado entre indivíduos adultos jovens também está ligado a fatores sociais, considerando ser esta uma fase da vida na qual há maior inclinação ao consumo de drogas e álcool (SOARES et al., 2017). Em relação a escolaridade, os indivíduos com baixo grau de escolaridade foram os que representaram o maior grupo de abandono, reconhecendo-se tal como interveniente no processo de saúde-doença destas pessoas, podendo ser um fator determinante para o menor grau de percepção da doença, desconhecimento sobre etiologia e evolução da mesma, e por conseguinte, das possibilidades de acesso a diagnóstico e tratamento (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; CORTEZI; SILVA, 2006; SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

Na esfera social, grande parte do universo estudado não se enquadra na condição de população vulnerável. De certo, espera-se que o abandono seja mais difícil

de ocorrer em ambientes institucionalizados, nos quais existe a possibilidade de melhor acompanhar rotinas e tratamentos, a exemplo da população privada de liberdade, que não por acaso apresentou menor proporção de abandono entre os subtipos da população vulnerável (SOARES et al., 2017; MACHADO et al., 2016). Contudo, estudos mostram que em presídios, embora exista tratamento de TB, ele é precário no que se refere à qualidade do cuidado (CORTEZI; SILVA, 2006; MACHADO et al., 2016). Na população de rua, o abandono é justificado por fatores peculiares a este grupo, que envolvem a atemporalidade (perca da noção de dia/hora), barreiras de acesso ao serviço de saúde pela sua condição de rua, autopercepção de saúde/adoecimento, condição de alimentação precária e rede de apoio fragilizada (MONTEIRO; GAZETTA, 2007).

Com frequência os fatores socioeconômicos são relacionados como determinantes para o abandono do tratamento da TB, sendo inclusive sua relevância notória na literatura científica, contudo, na intenção se abordar questões relacionadas aos aspectos sociais inerentes a populações especiais, os dados existentes no banco inviabilizaram a análise pretendida devido incompletude nos instrumentos notificadores.

Em relação às características clínicas e comportamentais dos casos de abandono no período estudado, os casos novos de TB quando comparados com indivíduos com histórico de abandono prévio, apresentaram um número quase duas vezes maior, discordando de resultados encontrados em outros estudos (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005; SILVA; ANDRADE; CARDOSO, 2013), que trazem percentuais de abandono expressivamente maiores no grupo de reingresso após abandono do tratamento de TB.

A apresentação da forma pulmonar da TB predominante é condizente com a realidade encontrada no Brasil com relação à forma de apresentação mais encontrada da doença (WHO, 2017; BRASIL, 2017b). A presença de coinfeção com TB/HIV se fez em mais de 22,7% dos casos de abandono, muito superior à média brasileira apresentada por estudos para a coinfeção TB/HIV que é de 8,1% (MONTEIRO; GAZETTA, 2007; COUTINHO et al., 2012).

No contexto de doenças e agravos associados, fica prejudicado a análise de aspectos importantes, devido também a omissão do registro. Porém, ainda assim, o alcoolismo e uso de drogas aparecem como o agravos de maior influência para descontinuidade do tratamento. Enfatiza-se a necessidade de um atendimento individualizado, com abordagem que encoraje a conversão de comportamentos negativos nocivos à saúde, como por exemplo, o uso do álcool, tabagismo e drogadição (LIMA et al., 2001; MENDES; FENSTERSEIFER, 2004).

A realização de teste para HIV em indivíduos com diagnóstico positivo ou suspeita de tuberculose é uma

medida preconizada pelo Ministério da Saúde (AMANTE; ABADOSH, 2015), porém, no período estudado, 27,6% dos indivíduos que abandonaram o tratamento da TB não havia se quer realizado testagem para HIV. Embora o motivo pela não realização do exame não tenha sido descrito, ressalta-se para este contexto a necessidade de ampliação do acesso à testagem para HIV, especificamente por meio do teste rápido, já regulamentado pelo Ministério da saúde, mas ainda não inserido na rotina dos serviços de saúde, o que certamente desburocratizaria o sistema, fomentaria oportunidades de rastreamento e agilizaria resultados e promoveria longitudinalidade no cuidado, etapas importantes para o manejo clínico adequado e para o controle da tuberculose no país.

Neste estudo 71,5% não foram acompanhados por meio de TDO. A implantação e manutenção do TDO requer a articulação de uma engrenagem que envolve gestores, condicionando a operacionalização e participação efetiva dos coordenadores de Programas de Controle da TB locais; profissionais de saúde comprometidos e empenhados com a erradicação deste agravo e a população, reconhecendo seu papel social e responsabilização individual no combate à TB e outras enfermidades (ANDUAGA-BERAMENDI et al., 2016; WHO, 2017). Se não houver articulação entre estes eixos, o TDO perde qualidade e não cumpre seu papel terapêutico.

A maioria dos casos notificados (86,6%) eram assistidos fora da área de abrangência de residência, principalmente em serviço de referência especializada (46,4%) e hospitais (40,3%). Por outro lado, fatores culturais e regionais ainda fortalecem o estigma que envolve a doença, levando muitos pacientes de TB a optarem pelo tratamento em um serviço de saúde distante de sua residência, contribuindo para o desfecho do abandono. Infere-se ainda, que os casos graves da doença, obrigatoriamente acompanhados pelo serviço de referência, por constituírem abordagens terapêuticas mais complexas e experiências pessoais com a doença mais dolorosas, também constituem fator importante para o abandono do tratamento nestas unidades (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005; WHO, 2015, ANDUAGA-BERAMENDI et al., 2016). Por outro lado, estes dados revelam a dificuldade de se efetivar a descentralização do tratamento da doença, com ênfase absoluta da Atenção Básica como porta de entrada do sistema de saúde, garantindo inclusive acesso às populações mais vulneráveis. Mas para isso faz-se necessário um envolvimento responsável e comprometido dos profissionais de saúde, que de forma articulada devem promover uma assistência de qualidade, com planos estratégicos e individualizados para superação dos desafios hoje impostos.

Sendo assim, é legítima a necessidade de consideração das implicações sociais e epidemiológicas que a TB possui, para almejar sua prevenção e controle.

A diminuição de sua incidência e taxas de abandono, depende de fatores que constituem desde a necessidade do diagnóstico precoce e tratamento imediato e bem-sucedido, interrompendo a cadeia de transmissão, até o acompanhamento individualizado e observado do doente no decorrer dos seis meses de tratamento por uma equipe de saúde qualificada e comprometida, garantindo assim o encerramento do tratamento e cura da doença (HOLTZ et al., 2006; VIANA; REDNER; RAMOS, 2018).

CONCLUSÃO

O perfil do abandono dos casos de TB no município encontrado no estudo, corresponde a adultos, com predominância do sexo masculino, declarantes da cor preta e escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto. Os casos novos de tuberculose, a forma pulmonar e a declaração de alcoolismo seguido de AIDS como agravos associados, também constituem o perfil retratado pelo estudo, que destaca ainda o tratamento da doença fora da área de abrangência do domicílio e a não realização de TDO. Tais características, em sua maioria, são concordantes com estudos já realizados. Recomenda-se atenção para as características identificadas, em especial pelos programas de controle da TB e pelos profissionais de saúde, oferecendo maior atenção e cuidado aos pacientes com maior risco de abandono e estruturando mecanismos específicos para evitar o abandono do tratamento. A compreensão do perfil sociodemográfico e comportamental destes indivíduos, deve ser incorporada como uma ferramenta orientadora das ações de saúde, estratégias de tratamento, de promoção e vigilância da saúde. No âmbito dos serviços de saúde, recomenda-se o trabalho de conscientização com a rede, reforçando a importância dos instrumentos notificadores não só para a vigilância epidemiológica, mas para a população em geral.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), por meio de financiamento concedido pelo Edital Nº 001/2017 - Demanda Universal (APQ-03011-17).

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da UFJF pela concessão de bolsa através do Programa de Apoio à Qualificação (PROQUALI).

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram a não existência de quaisquer conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- AMANTE, T. D.; ABDOSH, T. Risk factors for unsuccessful tuberculosis treatment outcome (failure, default and death) in public health institutions, Easter Ethiopia. **The Pan African Medical Journal**, v. 20, p. 247. mar. 2015.
- ANDUAGA-BERAMENDI, A.; MATICORENA-QUEVEDO, J.; BEAS, R.; CHANAMÉ-BACA, D. M.; VERAMENDI, M.; WIEGERING-ROSPIGLIOSI, A.; et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. **Acta Médica Peru**, v. 33, n. 1, p. 8- 21, 2016.
- BELO, M. T. C. T.; LUIZ, R. R.; HANSON, C.; SELIG, L.; TEIXEIRA, E. G.; CHALFOUN, T. et al. Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 5, p 621–625, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. **Boletim Epidemiológico**, v. 47, n. 13. p. 1–15, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de Saúde Pública no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v.48, n. 8, p 1–11, 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. **Boletim Epidemiológico**, v. 50, n. 9, p 1–18, 2019.
- BRASIL. **Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2018.
- CORTEZI, M. D.; SILVA, M.V. Abandono do tratamento da tuberculose em pacientes co-infectados com HIV, em Itajaí, Santa Catarina, 1999 - 2004. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 14, n. 3, p. 145–152, 2016.
- COUTINHO, L. A. S. A.; OLIVEIRA, D.S., SOUZA, G. F.; FILHO, G. M. C. F, SARAIVA, M. G. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de João Pessoa – PB, entre 2007-2010. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 35–42, 2012.
- CUNHA, C. C.; VIANA, T.V.; OLIVEIRA, C.C.; ARRUDA, S.; TAKENAMI, I. Descrição dos casos de tuberculose diagnosticados em um centro de saúde de Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 617–626, 2015.
- FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 31, n. 5, p. 427–435, 2005.
- HOLTZ, T. H.; LANCASTER, J.; LASERSON, K.F.; WELLS, C.D.; THORPE, L.; WEYER, K. Risk factors associated with default from multidrug-resistant tuberculosis treatment, South Africa, 1999–2001. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 10, n. 6, p. 649–655, jun. 2006.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Juiz de Fora: panorama**. c2017b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama> . Acesso em 21 dez. 2018.
- LIMA, M. B.; MELLO, D. A.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, W. C. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes -Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 877–885, 2001.
- MACHADO, J. C.; BOLDORI, J. D. M.; DALMOLIN, M. D.; SOUZA BAZZANELLA, S.L.; BIRKNER, W. M. K., et al. A incidência de tuberculose nos presídios brasileiros: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 47, p. 84–88, 2016.
- MENDES, A. M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**. v. 12, n. 1, p. 27–38, 2004.
- MONTEIRO, P.C.; GAZETTA, C. E. Aspectos epidemiológicos, clínicos e operacionais do controle da tuberculose em um Hospital Escola - 1999 a 2004. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. v. 14, n. 2, p. 99–106, 2007.
- OLIVEIRA, H. B.; MOREIRA FILHO, D. C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Revista de Saúde Pública**. n. 34, n. 5, p. 437–443, 2000.
- PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, n. 41, v. 2, p 205–213, 2007.
- RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1, p. 51–58, 2002.
- VIANA, P. V. S.; REDNER, P.; RAMOS, J.P. Fatores associados ao abandono e ao óbito de casos de tuberculose drogarresistente (TBDR) atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018.
- SAN PEDRO, A.; OLIVEIRA, R.M. Saúde Pública - Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, n. 33, v. 4, p. 294–301, 2013.

SILVA, C. C. A. V.; ANDRADE, M. S.; CARDOSO, M. D. Fatores associados ao abandono do tratamento o de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, v.22, n.1, p.77-85, 2013.

SOARES, M.L.M.; AMARAL, N. A. C.; ZACARIAS, A. C.P.; RIBEIRO, L.K.N.P.; et al. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, v. 26, n. 2, p. 369-378, 2017.

WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Geneva, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/tb/en/>. Acesso em 10 dez 2018.

WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report 2016. Geneva,2016. Disponível em: <https://www.who.int/tb/en/>. Acesso em 10 dez 2018.

WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/tb/en/>. Acesso em 12 jan 2019.