

Fatores que influenciam o abandono do tratamento da tuberculose no Espírito Santo: série de casos de 2009 a 2018 e estudo de fatores de risco

Factors that influence the abandonment of tuberculosis treatment in Espírito Santo: case series from 2009 to 2018 and study of risk factors

DOI:10.34119/bjhrv5n6-039

Recebimento dos originais: 10/10/2022

Aceitação para publicação: 08/11/2022

Júlia Lessa Bretas

Graduanda em Medicina

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Endereço: Avenida Nossa Sra. da Penha, 2190, Bela Vista, Vitória - ES, CEP: 29027-502

E-mail: julebretas@hotmail.com

Lara Zambon Diniz

Graduanda em Medicina

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Endereço: Avenida Nossa Sra. da Penha, 2190, Bela Vista, Vitória - ES, CEP: 29027-502

E-mail: larazdiniz19@gmail.com

Luciana Zambon Diniz

Graduanda em Medicina

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Endereço: Avenida Nossa Sra. da Penha, 2190, Bela Vista, Vitória - ES, CEP: 29027-502

E-mail: lucianazdiniz@gmail.com

Bruna Lessa Bretas

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Endereço: Av. Professor Mário Werneck, 1685, Buritis, Belo Horizonte - MG, CEP: 30575-180

E-mail: brubretas@hotmail.com

Maria Eduarda Oliveira Martins

Graduanda em Medicina

Instituição: Universal Vila Velha (UVV)

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21, Boa Vista II, Vila Velha - ES, CEP: 29102-920

E-mail: duda25038@gmail.com

Pedro Ernesto Nascimento Vargas Fernandes

Graduando em Medicina

Instituição: Universal Vila Velha (UVV)

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21, Boa Vista II, Vila Velha - ES,
CEP: 29102-920

E-mail: pedroernesto.nvf@gmail.com

Diana de Oliveira Frauches

Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)Endereço: Avenida Nossa Sra. da Penha, 2190, Bela Vista, Vitória - ES, CEP: 29027-502
E-mail: dianafrauches@gmail.com**Carolina Rocio Oliveira Santos**

Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória (EMESCAM)Endereço: Avenida Nossa Sra. da Penha, 2190, Bela Vista, Vitória - ES, CEP: 29027-502
E-mail: carolina.santos@emescam.br**RESUMO**

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos casos de abandono de tratamento de tuberculose (TB) pulmonar no Espírito Santo (ES) e investigar alguns fatores de risco para este desfecho.

Método: Estudo descritivo de dados coletados do SINAN, referentes aos casos novos de TB pulmonar de residentes no Espírito Santo (ES), com confirmação laboratorial da doença e encerramento por alta ou abandono, notificados entre 2009 e 2018. Resultados: Dos 13.901 casos de TB registrados no SINAN/ES entre 2009 e 2018, foram incluídos nesta pesquisa 7.371 casos, sendo 794 de abandono (10,77%). Mostraram-se fatores de risco para abandono: sexo masculino, raça não branca, escolaridade até ensino fundamental incompleto, residência e notificação na macrorregião Metropolitana, situação de rua, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, tabagismo, HIV positivo, AIDS, “outra doença”, não realização de tratamento diretamente observado e baciloscopias positivas no segundo e sexto mês de tratamento. Diabetes comportou-se como fator de proteção. Conclusão: O abandono de tratamento de TB pulmonar é um problema existente no Brasil e no Espírito Santo. É indispensável a elaboração de políticas sociais, que visem melhorar a conscientização da comunidade acerca da TB, e reorganizar os serviços de saúde, buscando reduzir os casos de abandono de tratamento, bem como o desenvolvimento de planos terapêuticos centrados nas necessidades de saúde de cada paciente.

Palavras-chave: tuberculose pulmonar, pacientes desistentes do tratamento, terapêutica.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile of pulmonary tuberculosis (TB) treatment abandonment cases in Espírito Santo (ES) and to investigate some risk factors for this outcome. Method: Descriptive study of data collected from SINAN, referring to new cases of pulmonary TB of residents in Espírito Santo (ES), with laboratory confirmation of the disease and termination by discharge or abandonment, notified between 2009 and 2018. Results: Of the 13,901 TB cases registered in SINAN/ES between 2009 and 2018, 7,371 cases were included in this research, 794 of which were abandonment (10.77%). The risk factors for abandonment were: male gender, non-white race, education up to incomplete elementary school, residence

and notification in the Metropolitan macro-region, street situation, alcoholism, use of illicit drugs, smoking, HIV positive, AIDS, "other disease", no treatment directly observed, and positive smears in the second and sixth month of treatment. Diabetes behaved as a protective factor. Conclusion: Abandonment of pulmonary TB treatment is an existing problem in Brazil and in Espírito Santo. It is essential to develop social policies aimed at improving community awareness of TB and reorganizing health care services in order to reduce the number of cases of treatment abandonment, as well as to develop treatment plans focused on the health needs of each patient.

Keywords: pulmonary tuberculosis, treatment dropout patients, therapeutics.

1 INTRODUÇÃO

Tuberculose (TB) é um problema de saúde global e o Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e para TB associada ao HIV¹. É uma doença infecto-contagiosa causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch), transmitida por via respiratória, de pessoa para pessoa¹.

Difícil problema atual no controle da TB, abandono do tratamento é definido como o não comparecimento do paciente à unidade de saúde por mais de 30 dias da data de retorno ou para nova tomada da medicação. Isto impacta o paciente e a comunidade, pois diminui a possibilidade de cura, sustenta a cadeia de transmissão e aumenta o risco de resistência medicamentosa, de óbitos e de recidivas¹.

O abandono do tratamento de TB pode ser motivado por fatores socioeconômicos, culturais e pelo uso dos medicamentos e seus efeitos colaterais¹. Devem também ser consideradas questões relacionadas aos serviços de saúde, como demora no atendimento, ausência de busca ativa para identificar casos de abandono, dificuldade de acesso, dentre outros¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define uma taxa de abandono de até 5% como sendo "aceitável"^{2,3,4}, sendo fundamental o desenvolvimento de medidas mais eficazes para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento^{1,4}. No entanto, o monitoramento e o controle da adesão são um desafio constante, pois ainda não há um método que garanta um padrão para registro da ocorrência desse problema^{1,4}. Essa avaliação pode ser feita através de métodos diretos (tratamento diretamente observado - TDO) e indiretos (autorrelato, sistemas de informação, contagem de comprimidos e registros da retirada de medicação da farmácia)¹. É imprescindível ressaltar que o monitoramento da adesão tem como objetivo ajudar o paciente durante seu tratamento de forma a assegurar sua participação.

Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil, o abandono de tratamento entre os casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial no Espírito Santo (ES) passou de 9,6% em 2017² para 12% em 2019³. Nesse contexto, objetiva-se traçar o perfil epidemiológico dos casos de abandono de tratamento de TB pulmonar no ES de 2009 a 2018, além de investigar alguns possíveis fatores de risco para esse desfecho.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de dados disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com desenho de coorte retrospectiva. Entre todos os casos de TB residentes no ES, notificados de 2009 a 2018, foram selecionados casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial da doença. Destes, foram excluídos os que encerraram como óbito, transferência, TB droga resistente, mudança de esquema, falência e situação ignorada.

As variáveis independentes consideradas foram sexo, raça, faixa etária, escolaridade, receber benefício do governo, macrorregião de saúde de residência, macrorregião de saúde de notificação, *status* sorológico para HIV, realização de TDO, baciloscopias no segundo e no sexto mês de tratamento, comorbidades (AIDS, diabetes, doença mental e outras) e inserção em grupos de risco (alcoolismo, privação de liberdade, situação de rua, profissional de saúde, imigrante, uso de drogas ilícitas e tabagismo). Nas variáveis pertinentes a grupos de risco, com exceção de alcoolismo, foi estudado apenas o período 2015-2018, por falta de registro anterior.

Como variável dependente foi analisada a situação de encerramento do caso, com as categorias cura e abandono, este entendido como o conjunto representado por abandono de tratamento e por abandono primário.

A organização dos dados e o cálculo da proporção das categorias de cada variável segundo os desfechos foram realizados com Microsoft Excel, do Office 365. A *odds ratio* (OR) e seu intervalo de confiança (IC), ao nível de significância de 5%, foram calculados com Epi Info 7.0, sendo dicotomizadas as variáveis faixa etária (15 anos e mais e Menor de 15 anos, esta última categoria de referência), escolaridade (Analfabeto/fundamental incompleto e Fundamental completo e mais, esta última categoria de referência), macrorregião de residência e macrorregião de notificação (em ambos os casos, Metropolitana e Interior, esta última categoria de referência formada pelo conjunto das macrorregiões Sul e Central Norte).

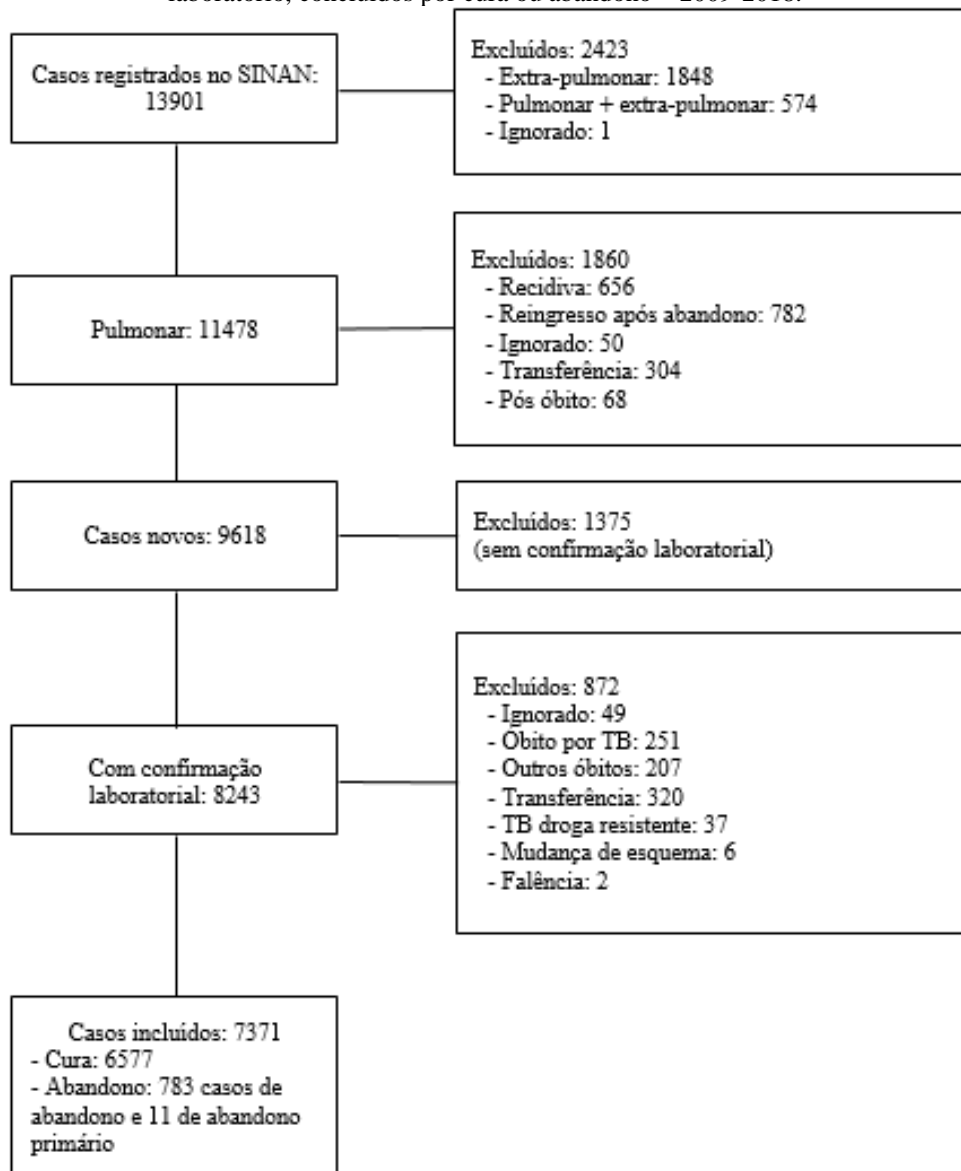
O projeto desta pesquisa não é passível de avaliação pelo Sistema CEP/CONEP nos termos da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa com

bancos de dados de domínio público, nos quais as informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

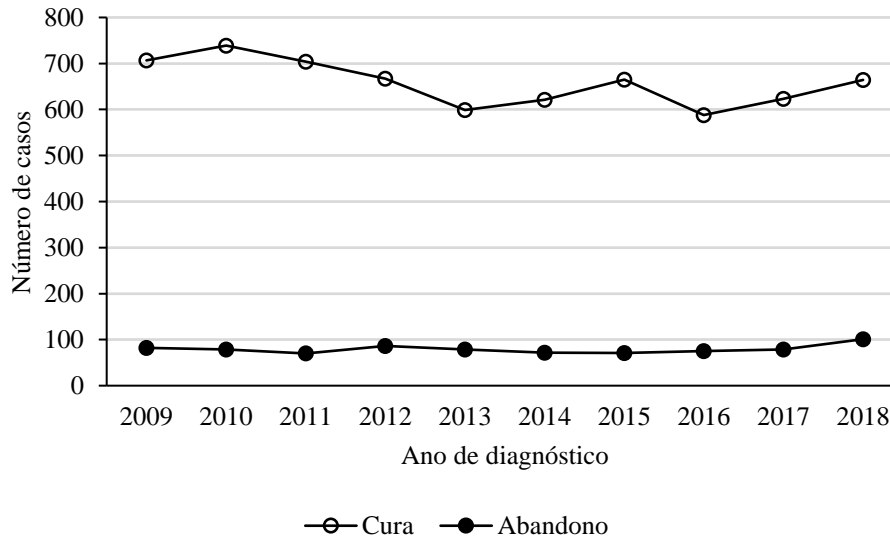
Entre 2009 e 2018 foram registrados no SINAN/ES 13.901 casos de TB, sendo 11.478 de TB pulmonar. Dos casos de TB pulmonar, 9.618 eram casos novos, dos quais 8.243 com confirmação laboratorial. Destes, foram incluídos nesta pesquisa 7.371 casos, 6.577 com encerramento por cura e 794 por abandono (10,77%). O processo de seleção dos casos está descrito na *Figura 1*.

Figura 1 – Seleção dos casos novos de tuberculose pulmonar residentes no Espírito Santo, confirmados por laboratório, concluídos por cura ou abandono – 2009-2018.



O *Gráfico 1* mostra a distribuição temporal dos casos segundo cura ou abandono, mais ou menos estável durante o período de estudo.

Gráfico 1 – Distribuição temporal dos casos novos de tuberculose pulmonar residentes no Espírito Santo, confirmados por laboratório, segundo situação de encerramento – 2009-2018



Verifica-se na *Tabela 1* que a maior parte dos casos de abandono ocorreu no sexo masculino (80,23% dos casos de abandono), nos não brancos (84,28%) e nas faixas etárias de 20 a 39 anos (64,36%) e de 40 a 59 anos (23,80%), seguidas por 15 a 19 anos (7,43%) e por 60 anos e mais (3,78%). Nos casos de abandono também foram maioria os com nível de escolaridade até ensino fundamental incompleto (69,37%), não beneficiários do governo (91,85%) e residentes na macrorregião Metropolitana (82,75%).

Tabela 1 – Casos novos de tuberculose pulmonar residentes no Espírito Santo, confirmados por laboratório, segundo variáveis sociodemográficas e situação de encerramento – 2009-2018.

Variáveis	Abandono		Cura		Total		Odds ratio (IC)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo¹							
Masculino	637	80,23	4559	69,34	5196	70,51	1,79 (1,50-2,15)
Feminino	157	19,77	2016	30,66	2173	29,49	
Raça¹							
Não branca	611	84,28	4555	73,96	5166	75,04	1,89 (1,53-2,32)
Branca	114	15,72	1604	26,04	1718	24,96	
Faixa etária²							
Menor de 15 anos	5	0,63	98	1,49	103	1,40	2,39 (0,97-5,88)
15 a 19 anos	59	7,43	440	6,69	499	6,77	
20 a 39 anos	511	64,36	3129	47,57	3640	49,38	
40 a 59 anos	189	23,80	2177	33,10	2366	32,10	
60 anos e mais	30	3,78	733	11,14	763	10,35	

Escolaridade ^{1,2,3}							
Analfabeto ou funda-mental incompleto	428	69,37	3143	58,38	3571	59,51	1,61 (1,35-1,93)
Fundamental completo ou médio incompleto	128	20,75	1127	20,93	1255	20,91	
Médio completo ou superior incompleto	58	9,40	976	18,13	1034	17,23	
Superior completo	3	0,49	138	2,56	141	2,35	
Benefício do governo ⁴							
Sim	22	8,15	158	7,27	180	7,36	1,13 (0,71-1,80)
Não	248	91,85	2016	92,73	2264	92,64	
Macrorregião residência ²							
Sul	54	6,80	949	14,43	1003	13,61	2,59 (2,14-3,14)
Metropolitana	657	82,75	4269	64,91	4926	66,83	
Central Norte	83	10,45	1359	20,66	1442	19,56	

Nota:

¹ Dados ignorados: Sexo (2, 0,03%), Raça (487, 6,61%), Escolaridade (1327, 18,00%), Benefício do governo (422, 14,72%).

² Para cálculo da odds ratio e seu intervalo de confiança foram dicotomizadas as variáveis Faixa etária (15 anos e mais e Menor de 15 anos), Escolaridade (Analfabeto ou fundamental incompleto e Fundamental completo ou mais), Macrorregião residência (Metropolitana e Interior do estado). Considerou-se categoria de referência a segunda das especificadas em cada uma destas variáveis dicotomizadas.

³ Escolaridade “Não se aplica”: 43 (0,58%)

⁴ Em relação à variável “Benefício do governo” foi estudado o período 2015 a 2018.

Mostraram-se fatores de risco para abandono sexo masculino (OR: 1,79; IC: 1,50-2,15), raça não branca (OR: 1,89; IC: 1,53-2,32), escolaridade até ensino fundamental incompleto (OR: 1,61; IC: 1,35-1,93) e residência na macrorregião Metropolitana (OR: 2,59; IC: 2,14-3,14). Não foi encontrada significância estatística nas OR observadas quanto à faixa etária de 15 anos e mais, comparada à dos menores de 15 anos, e de beneficiários do governo, relativamente a não beneficiários. Destaca-se o pequeno número de casos de abandono nos menores de 15 anos.

Já a *Tabela 2* indica que a maioria dos casos de abandono foi notificada pela macrorregião Metropolitana (82,83%), havendo diferença estatisticamente significativa na comparação com o interior (OR: 2,55; IC: 2,10-3,08).

Tabela 2 – Casos novos de tuberculose pulmonar residentes no Espírito Santo, confirmados por laboratório, segundo variáveis assistenciais e situação de encerramento – 2009-2018.

Variáveis	Abandono		Cura		Total		Odds ratio (IC)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Macrorregião notificação ^{1,2}							
Sul	53	6,69	939	14,30	992	13,48	2,55 (2,10-3,08)
Metropolitana	656	82,83	4298	65,45	4954	67,32	
Central Norte	83	10,48	1330	20,25	1413	19,20	
HIV ^{3,4}							
Positivo	62	10,53	247	4,48	309	5,06	2,51 (1,87-3,36)
Negativo	527	89,47	5266	95,52	5793	94,94	
TDO realizado ²							
Não	423	61,66	3239	52,48	3662	53,40	1,46 (1,24-1,71)
Sim	263	38,34	2933	47,52	3196	46,60	
Baciloscopia 2º mês ^{2,4}							
Positivo	59	24,28	731	17,85	790	18,21	1,48 (1,08-2,00)
Negativo	184	75,72	3364	82,15	3548	81,79	
Baciloscopia 6º mês ^{2,4}							
Positivo	14	38,89	56	1,43	70	1,77	43,86 (21,34-90,13)
Negativo	22	61,11	3860	98,57	3882	98,23	

Nota:

¹ Para cálculo da odds ratio e seu intervalo de confiança foi dicotomizada a variável Macrorregião de notificação (Metropolitana e Interior do estado, esta última tomada como categoria de referência).

² Dados ignorados: Macrorregião de notificação (12, 0,16%), TDO realizado (513, 6,96%); Baciloscopia no 2º mês (536, 7,27%), Baciloscopia no 6º mês (1394, 19,91%).

³ Exames em andamento: HIV (328, 4,45%).

⁴ Exames não realizados: HIV (941, 12,77%), Baciloscopia no 2º mês (2497, 33,88%), Baciloscopia no 6º mês (2025, 27,47%).

Também predominaram entre os casos de abandono pacientes HIV negativo (89,47%), pacientes com TDO não realizado (61,66%), bem como pacientes com resultado negativo de baciloscopia tanto no segundo mês (75,72%) como no sexto mês de tratamento (61,11%). No entanto, apareceram como fatores de risco para abandono: HIV positivo, não realização de TDO e baciloscopias positivas, variáveis com OR maior que 1 e IC com significância estatística.

Quanto às comorbidades (Tabela 3), abandono concentrou-se nos pacientes não portadores de AIDS (92,49%), nos não diabéticos (95,79%) e nos não afetados por doença mental (98,46%) ou por “outra doença” (73,32%). Dessas comorbidades, foram fatores de risco para abandono apenas AIDS (OR: 2,22; IC: 1,58-3,11) e “outra doença” (OR: 2,03; IC: 1,67-2,46), enquanto Diabetes *mellitus* comportou-se como fator de proteção (OR: 0,44; 0,29-0,65) e não houve associação estatisticamente significativa com doença mental.

Tabela 3 – Casos novos de tuberculose pulmonar residentes no Espírito Santo, confirmados por laboratório, segundo comorbidades e situação de encerramento – 2009-2018.

Variáveis	Abandono		Cura		Total		Odds ratio (IC)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
AIDS ¹							
Sim	45	7,51	186	3,53	231	3,94	2,22 (1,58-3,11)
Não	554	92,49	5079	96,47	5633	96,06	
Diabetes ¹							
Sim	27	4,21	529	9,12	556	8,63	0,44 (0,29-0,65)
Não	615	95,79	5273	90,88	5888	91,37	
Doença mental ¹							
Sim	11	1,54	120	1,94	131	1,90	0,79 (0,42-1,46)
Não	705	98,46	6059	98,06	6764	98,10	
Outra doença ¹							
Sim	167	26,68	801	15,23	968	16,45	2,03 (1,67-2,46)
Não	459	73,32	4459	84,77	4918	83,55	

Nota:

¹ Dados ignorados: AIDS (1507, 20,44%), Diabetes (927, 12,58%), Doença mental (476, 6,46%), Outra doença (1485, 20,15%).

Em relação aos grupos de risco clássicos (*Tabela 4*), embora não tenham predominado entre os casos de abandono, mostraram-se fatores de risco: situação de rua (11,46%, OR: 7,38; IC: 4,66-11,68), alcoolismo (38,90%, OR: 2,14; IC: 1,83-2,52), uso de drogas ilícitas (31,85%, OR: 2,72; IC: 2,10-3,54) e tabagismo (45,11%, OR: 2,02; IC: 1,59-2,57). Não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis privação de liberdade nem imigrante, essa com apenas um abandono, nem houve abandono por profissionais de saúde.

Tabela 4 – Casos novos de tuberculose pulmonar residentes no Espírito Santo, confirmados por laboratório, segundo grupos de risco e situação de encerramento – 2009-2018.

Variáveis	Abandono		Cura		Total		Odds ratio (IC)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Privação de liberdade ^{1,2}							
Sim	25	7,89	211	8,45	236	8,39	0,93 (0,60-1,43)
Não	292	92,11	2286	91,55	2578	91,61	
Situação de rua ^{1,2}							
Sim	36	11,46	43	1,73	79	2,82	7,38 (4,66-11,68)
Não	278	88,54	2449	98,27	2727	97,18	
Profissional de saúde ^{1,2}							
Sim	0	0,00	35	1,41	35	1,25	-
Não	313	100,00	2455	98,59	2768	98,75	
Imigrante ^{1,2}							
Sim	1	0,32	6	0,24	7	0,25	1,33 (0,16-11,05)
Não	312	99,68	2482	99,76	2794	99,75	
Alcoolismo ²							
Sim	284	38,90	1417	22,91	1701	24,60	2,14 (1,83-2,52)

Não	446	61,10	4769	77,09	5215	75,40	
Drogas ilícitas ^{1,2}							
Sim	100	31,85	362	14,64	462	16,58	2,72 (2,10-3,54)
Não	214	68,15	2110	85,36	2324	83,42	
Tabagismo ^{1,2}							
Sim	143	45,11	716	28,89	859	30,73	2,02 (1,59-2,57)
Não	174	54,89	1762	71,11	1936	69,27	

Nota:

¹ Em relação às variáveis Privação de liberdade, Situação de rua, Profissional de saúde, Imigrante, Drogas ilícitas e Tabagismo foi estudado o período 2015 a 2018.

² Dados ignorados: Privação de liberdade (52, 1,81%), Situação de rua (60, 2,09%), Profissional de saúde (63, 2,20%), Imigrante (65, 2,27%), Alcoolismo (455, 6,17%); Drogas ilícitas (80, 2,79%), Tabagismo (71, 2,48%).

A proporção de abandono de tratamento encontrada é alta, principalmente considerando os critérios restritos adotados para inclusão de casos nesta pesquisa. Em relação às variáveis estudadas, os resultados estão de acordo com os dados da literatura.

Homens são mais susceptíveis ao abandono porque em geral tendem a aderir menos a recomendações médicas e a ser mais resistentes a mudanças de hábitos, uma vez que pouco acreditam que possam adoecer⁵. Já em relação a raça, no Brasil a população não branca tende a apresentar pior condição socioeconômica e menor nível de escolaridade, condição que pode ocasionar o não entendimento da linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, prejudicando a relação médico-paciente e também comprometendo a adesão ao tratamento⁵.

A maior proporção de abandono entre adultos jovens, principalmente na faixa de 20-39 anos, justifica-se por uma não percepção da gravidade da doença, desestimulando a continuidade do tratamento, especialmente quando há melhora dos sinais e sintomas apresentados⁵. Ainda, a concentração dos casos de abandono na faixa etária economicamente ativa remete à inserção deste grupo no mercado de trabalho, levando a maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde devido à incompatibilidade de cargas horárias laboral e de funcionamento das UBS⁶.

O predomínio de abandono nos pacientes que não realizam TDO deve-se exatamente à ausência da prática desta estratégia, que consiste na observação direta, por profissionais de saúde, da tomada dos medicamentos pelos pacientes no mínimo três vezes por semana, uma importante aproximação entre a assistência à saúde e o paciente, propiciando sua adesão¹. Ademais, tal fato também pode ser justificado pelo desencontro entre os horários de trabalho da população e os horários de funcionamento das UBS⁶.

Em relação à macrorregião de residência e de notificação, vale ressaltar a semelhança nos resultados, com predomínio de abandono na região Metropolitana, visto que o tratamento de TB em geral é feito na região de residência do paciente, a qual acaba notificando o caso. Nas

grandes metrópoles é mais frequente o trabalho formal, que exige o cumprimento de cargas horárias pré-determinadas⁶, dificultando acesso às UBS. Também concentram maior parcela da população economicamente desfavorecida⁶, tradicionalmente menos esclarecida e, portanto, mais vulnerável.

Destaca-se que a drogadição é fator essencial na cadeia causal de abandono de tratamento de TB⁴. A dependência química desenvolvida diminui o autocuidado e a busca por serviços sociais para ajuda e tratamento de doenças⁵.

Tabagismo mostra-se fator de risco devido aos aspectos psicossociais envolvidos e à maior prevalência deste hábito no sexo masculino e na população com baixas condições socioeconômicas, também considerados fatores que diminuem a adesão ao tratamento⁷. Somado a isso, o fumo do tabaco facilita progressão da infecção latente por TB para doença pulmonar, aumenta a probabilidade de recidiva após tratamento e a letalidade por TB⁸. Assim, é importante avaliar a dependência à nicotina e os pacientes dependentes devem ser estimulados a participarem de programas para cessação tabágica⁹.

Já o alcoolismo está associado a condições de vida mais precárias e risco aumentado de hepatotoxicidade, que podem levar os pacientes a não completarem o tratamento⁷. O ambiente social dos usuários excessivos de álcool associa-se à demora na procura por assistência, ao não cumprimento e abandono de tratamento, multirresistência e mortalidade. Outros estudos apontam acréscimo de abandono quando a pessoa utiliza álcool ou outras drogas⁴. Assim, há necessidade de estratégias eficazes para fortalecimento dos familiares dos pacientes com esses fatores de riscos associados⁸.

Os pacientes em situação de rua, por não terem moradia fixa, sujeitos às mudanças de temperatura e má alimentação, ocupam uma posição de extrema vulnerabilidade social, sendo alvo de exclusão. Na tentativa de incentivar a adesão ao tratamento, os indigentes em TDO regularmente recebem cestas básicas ou vale-refeições, mas com o aumento do número das pessoas em situação de rua, os serviços de saúde e equipamentos sociais são insuficientes para atender às demandas⁹. Ademais, no início do tratamento os pacientes passam a receber acolhimento e atenção, que podem ser perdidos ao final da terapia, podendo ser vantajoso para estes abandonar o tratamento e recomeçá-lo¹⁰.

Quanto a ser HIV positivo ou ter AIDS, o Brasil é um dos países que compõem a lista da OMS com o maior número de casos de coinfeção TB/HIV⁴, condição que aumenta a mortalidade e piora o prognóstico dos casos, gerando atitudes negativas diante do sentimento de impotência quanto ao risco de morte iminente e exigindo tratamentos relacionados a aumento do risco de efeitos colaterais, como hepatotoxicidade e insuficiência renal¹¹.

A presença conjunta de outras doenças conduz a tratamentos múltiplos, que podem gerar efeitos adversos mais intensos e sobrecarregar o paciente com a atenção e o tempo necessários⁶. No entanto, Diabetes *mellitus* pode ter aparecido como fator de proteção contra abandono nesta pesquisa devido à busca mais frequente dos serviços de saúde pelos pacientes, dando oportunidade a medidas mais disciplinadas de controle do tratamento⁶.

A realização das baciloscopias de controle mensal serve para acompanhar a evolução dos casos de TB¹². Neste sentido, baciloscopias positivas após 2 meses de início do tratamento levantam questionamento quanto à correta adesão ao tratamento, tendo em vista que as medicações antituberculosas ocasionam respostas negativas se realizado um tratamento contínuo e adequado¹². Da mesma forma, resultados positivos de baciloscopias realizadas 6 meses após o início do tratamento são sugestivos de má adesão terapêutica.

4 CONCLUSÃO

O abandono de tratamento de TB pulmonar é um problema existente no país e no Espírito Santo. É indispensável a elaboração de políticas sociais, que visem melhorar a conscientização da comunidade acerca da TB e reorganizar os serviços de saúde, buscando reduzir os casos de abandono de tratamento, bem como o desenvolvimento de planos terapêuticos centrados nas necessidades de saúde de cada paciente.

Com isso e o conseqüente fortalecimento do vínculo entre o doente e a equipe de saúde, torna-se possível uma abordagem integral, atuando sobre vários aspectos que representam fatores de risco à desistência terapêutica. Assim, o aperfeiçoamento da comunicação entre os profissionais e o paciente e, se possível, a incorporação de sua família, é uma medida a potencializar adesão e comprometimento do paciente com o tratamento.

Em paralelo, outras estratégias essenciais são a redução dos fatores de risco, sendo necessários empenho para diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS e desenvolvimento de medidas para abandono de vícios.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.
- 2 BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília: Ministério da Saúde, v. 50, n. 9, mar. 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.
- 3 BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília: Ministério da Saúde, v. 51, mar. 2021. Número Especial. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2021/marco/26/boletim_tuberculose_2021_24_03.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.
- 4 SOUSA, G. J. B. *et al.* Prevalência e fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, e03767, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039203767>. Acesso em 25 set. 2021.
- 5 SÁ, A. M. M. *et al.* Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v. 15, n. 3, p. 155-60, jul.-set. 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875434/sbcm_153_155-160.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.
- 6 SANTOS, D. A. S. *et al.* Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Cogitare enferm.**, v. 26, e72794, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72794>. Acesso em: 25 set. 2021.
- 7 SILVA, D. R. *et al.* Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **J Bras Pneumol.**, v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000443>. Acesso em: 25 set. 2021.
- 8 COSTA, M. C. P. S. **O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas em pacientes com tuberculose pulmonar e a atuação dos profissionais de saúde**. 2017. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_3d48ab3b0a575100a88a32a412997985. Acesso em: 21/09/2021.
- 9 LAUDELINO, A. C. F. **Tuberculose pulmonar e os desafios do tratamento em paciente em situação de rua: relato de caso**. 2020. Trabalho de conclusão de curso (Medicina). Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/14546>. Acesso em: 25 set. 2021.
- 10 LEÃO, A. M. *et al.* Análise das causas de abandono do tratamento para tuberculose. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 75-84, 2017. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1239/1287>. Acesso em: 25 set. 2021.

11 OLIVEIRA, S. M. **Fatores associados ao alto risco de abandono do tratamento da tuberculose em Porto Alegre - Região Sul do Brasil.** 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Pneumológicas) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/179906>. Acesso em: 25 set. 2021.

12 FERREIRA, M. R. L. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Rev Enferm Contemp**, v. 7, n. 1, p. 63-71, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1579>. Acesso em: 25 set. 2021.