

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DORALICE BRITO BARROS RODRIGUES  
ELIENE MARIA CAVALCANTE PEREIRA  
IDA VALÉRIA MONTEIRO MENDONÇA  
LILIANE DA CRUZ SOUZA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA  
TUBERCULOSE PULMONAR EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA  
NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA**

**DORALICE BRITO BARROS RODRIGUES  
ELIENE MARIA CAVALCANTE PEREIRA  
IDA VALÉRIA MONTEIRO MENDONÇA  
LILIANE DA CRUZ SOUZA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA  
TUBERCULOSE PULMONAR EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA  
NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Msc. Conceição de Maria Pedroso e Silva de Azevedo.

São Luís

2008

Rodrigues, Doralice Brito Barros.

Caracterização dos casos de abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em um Centro de Referência na cidade de Luís - MA. / Eliene Maria Cavalcante Pereira; Ida Valéria Monteiro Mendonça; Liliane da Cruz Souza. – São Luís, 2008.

37 fl.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá – 2008.

1. Tuberculose Pulmonar 2. Fatores de abandono 3. Tratamento. I  
Título.

CDU 616.24-002.5

**DORALICE BRITO BARROS RODRIGUES**  
**ELIENE MARIA CAVALCANTE PEREIRA**  
**IDA VALÉRIA MONTEIRO MENDONÇA**  
**LILIANE DA CRUZ SOUZA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA  
TUBERCULOSE PULMONAR EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA  
NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família. Laboro Excelência em Pós-  
Graduação, Universidade Estácio de Sá.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Msc. Conceição de Maria Pedroso e Silva de Azevedo  
(Orientadora)

---

Árina Santos Ribeiro  
Msc. Saúde e Ambiente

“No meu pulmão há jardineiro. Que, quando chega a primavera, cuidam dos trágicos canteiros. Onde despontam papoulas fluídicas, vermelhas rosas liquefeitas...”

(Jamil Almansur Haddad).

## AGRADECIMENTOS

A Deus pois sem ele nada seria.

Aos nossos pais e familiares, nossos grandes incentivadores, que sempre nos dispensaram apoio e dedicação.

À nossa professora e orientadora Conceição de Maria Pedroso e Silva de Azevedo, pelo incentivo, paciência e colaboração nos momentos procurados.

Enfim, agradecemos a todos que contribuíram de alguma forma na elaboração desta monografia.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi estudar os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar na Unidade Hospitalar Presidente Vargas, no ano de 2004, no município de São Luís – MA. Realizou-se um estudo descritivo, tendo sido utilizado para a coleta de dados o livro de registros da unidade, além da apreciação de um questionário semi-estruturado para se conhecer o motivo do abandono. Constatou-se que dos 340 pacientes com tuberculose pulmonar, 7 (sete) abandonaram o tratamento índice de abandono de 2,0%, somente 6 (seis) foram entrevistados, predominou o sexo masculino, na faixa etária de 19 a 52 anos de idade; a metade possuía nível de escolaridade incipiente; e a maioria tinha renda inferior ou igual a 1 salário mínimo; metade dos pacientes fazia uso de álcool e fumo. As causas alegadas foram: dificuldade de acesso, medo do tratamento e do ambiente hospitalar, negação da doença e dificuldade financeira. Conclui-se que os fatores identificados na pesquisa contribuiriam para o abandono ao tratamento, e a implantação da estratégia DOTS nas equipes de PSF certamente aumentaria a adesão.

Palavras-chave: Tuberculose Pulmonar. Fatores de abandono. Tratamento

## ABSTRACT

The goal of this research was to study the factors related to abandonment of the treatment of the pulmonary tuberculosis in the Hospitable Unit Presidente Vargas, in year of 2004, in the municipal district of São Luís – MA. It accomplished a descriptive study, having been used to the collection of given the records book of the unit, besides the appreciation of a questionnaire semi-structured to if know the reason of the abandonment. It verified that of the 340 patient with pulmonary tuberculosis, 7 (seven) abandoned the treatment (abandonment index of 2,0%, only 6 (six) were interviewed, predominated the masculine sex, in the of age band from 19 to 52 years old; half owned level of incipient education; and most had income inferior or equal to 1 minimum wage; half the patients would do alcohol and tobacco use. The alleged causes were: access difficulty, fear of the treatment and of the hospitable environment, denial of the disease and financial difficulty. It concludes that the factors identified in the research contributed for the abandonment to the treatment, and the implantation of the strategy DOTS in PSF's Teams would certainly increase the adhesion.

Words-key: Pulmonary tuberculosis. abandonment factors. Treatment.

## LISTA DE SIGLAS

DOTS	<i>Direct Observed Treatment Short-Course</i>
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCNT	Plano Nacional de Controle de Tuberculose
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PECT	Plano Emergencial de Combate à Tuberculose
PCT	Programa de Combate à Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Características sócio-econômicas de 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no Hospital Presidente Vargas em São Luís – MA.....	23
Quadro 2	Características epidemiológicas de 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no Hospital Presidente Vargas em São Luís – MA.....	24
Quadro 3	Critérios diagnósticos utilizados para caso de tuberculose em 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no Hospital Presidente Vargas em São Luís – MA .....	25
Quadro 4	Causas alegadas para o abandono do tratamento e o momento em que ocorreu o mesmo em 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no Hospital Presidente Vargas – São Luís – MA.....	26
Gráfico 1	Conhecimento sobre as conseqüências do abandono em 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no Hospital Presidente Vargas – São Luís - MA .....	28
Gráfico 2	Profissionais que informaram a população estudada sobre as conseqüências do abandono – São Luís – MA, 2004.....	28
Quadro 5	Percepção da população estudada com relação às prováveis conseqüências do abandono do tratamento – São Luís- MA, 2004.....	28
Quadro 6	Acesso da população estudada ao PSF, São Luís – MA.....	28

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	14
3.1	Geral.....	14
3.2	Específicos .....	14
<b>4</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	19
5.1	Tipo de Estudo.....	19
5.2	Local do Estudo .....	19
5.3	População.....	19
5.4	Critérios Diagnósticos .....	20
5.5	Coleta de Dados .....	20
5.6	Instrumento de Coleta.....	21
5.7	Análise dos Dados .....	21
5.8	Considerações Éticas .....	21
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	22
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	29
<b>8</b>	<b>SUGESTÕES</b> .....	30
	REFERÊNCIAS .....	31
	APÊNDICES .....	34

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose tem ampla distribuição geográfica, ocorre em países desenvolvidos ou de economias emergentes, mas que expõem contrastes profundos de desenvolvimento. A doença está associada a altos indicadores de pobreza; constitui-se uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a tuberculose vem dizimando mais vidas humanas do que a malária e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) juntas (LIMA et al, 2001).

O advento de quimioterápicos eficazes para a tuberculose foi um dos maiores avanços médicos do século XX ROVILLON et al. apud GARDINALI, Jovana, MARIN-LÉON, Letícia, OLIVEIRA, Helenice Bosco (2005), afirmam que o uso de drogas antibacterianas modifica a evolução natural da tuberculose. Além de evitar a morte, o paciente pode ser curado, o período de infecciosidade é reduzido consideravelmente, evita-se as recidivas e desaparecem os casos crônicos. No entanto, essa eficácia é comprometida, em parte, por não se assegurar que os pacientes completem o tratamento com sucesso.

Estima-se que um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, destes, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Brasil está entre os 22 países onde se encontra 80% dos casos de tuberculose do mundo, ocupando o 15º lugar em número de casos. Considera-se que 50 milhões de brasileiros estejam infectados pelo bacilo, com o aparecimento de 111 mil casos novos e 6 mil óbitos por ano registrados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Ao lado deste dado tão preocupante, segundo a OMS o percentual de cura da tuberculose foi de 67% conforme a coorte de 2001 (OLIVEIRA, MARI-LEÓN, GARDINALI, 2005). Tal fato decorre, sobretudo, da não adesão ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Considera-se abandono ao tratamento todo paciente que deixa de comparecer à unidade de saúde por 30 dias consecutivos, após a data prevista para o seu retorno (Ministério da Saúde, 2002). No Brasil a taxa de abandono situa-se em torno de 12%, porém muitas regiões atingem níveis elevados; na grande São Paulo, a taxa é cerca de 40%, e no Rio de Janeiro, 50%.

Diversos fatores podem interferir e influenciar no abandono do tratamento, são eles: fatores relacionados ao serviço de saúde, ao paciente, ao médico (LIMA et al, 2001; RIBEIRO et al, 2000; OLIVEIRA; MARIN-LEÓN; GARDINALI, 2005).

Com a finalidade de corrigir ou pelo menos diminuir tal situação o Ministério da Saúde lançou em 1999 o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) com o objetivo de atingir várias metas, dentre elas manter o abandono do tratamento em percentuais aceitáveis considerado 5%.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A NOAS (Normas Operacionais de Assistência à Saúde) 01/2001 definiu como uma das ações estratégicas da atenção básica o controle da tuberculose, tendo o PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde) e o PSF (Programa de Saúde da Família) papel fundamental para garantir a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, possibilitando maior adesão ao mesmo através do tratamento supervisionado dos casos BK<sup>+</sup>, como também do acompanhamento do tratamento, além da busca de faltosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) vem instituindo, principalmente, para os “pulmonares positivo” a estratégia do DOTS (*Direct Observed Treatment Short-Course*), ou seja, tratamento que requer a supervisão da ingestão dos medicamentos garantindo a adesão ao mesmo (Ministério da Saúde, FUNASA, 2002).

Este trabalho tem como objetivo estudar fatores relacionados ao abandono de tratamento da tuberculose pulmonar a partir do relato de casos detectados na Unidade Hospitalar Presidente Vargas, em São Luís-MA , no período de janeiro a dezembro de 2004.

## 2 JUSTIFICATIVA

A não adesão ao tratamento da tuberculose tem graves implicações sociais e epidemiológicas de grande relevância para o nosso meio. Atualmente o percentual de cura não ultrapassa 75%, em decorrência, sobretudo, do abandono do tratamento, cuja taxa no Brasil é elevada, em torno de 12%, o que implica no desenvolvimento de cepas multirresistentes e insucesso terapêutico (Ministério da Saúde, 2002; RIBEIRO et al, 2000).

No município de São Luís, em 2003, foi observado um coeficiente de incidência da tuberculose de 79,3%, com índice de cura de 68,7% e taxa de abandono de 17% (SEMUS, 2005), muito acima do percentual considerado aceitável pela OMS, que é de 5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O abandono do tratamento tem sido uma preocupação mundial. Diversos fatores têm influenciado a não adesão ao tratamento, portanto estudá-los é de suma importância, por permitir a adoção de medidas preventivas, evitando assim o surgimento de recidivas da doença com resistência às drogas usuais. Para melhorar o índice de adesão ao tratamento, é fundamental a atuação das equipes de saúde da família.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Estudar os fatores relacionados ao abandono de tratamento da tuberculose pulmonar a partir do relato de casos de um centro de referência em São Luís - MA.

#### **3.2 Específicos**

- Caracterizar o perfil sócio-econômico e epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento;
- Descrever os critérios diagnósticos dos casos relatados;
- Verificar em que momento houve abandono do esquema terapêutico;
- Conhecer as causas alegadas para o abandono do tratamento;
- Identificar o acesso desses pacientes ao Programa de Saúde da Família.

#### 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As implicações sociais e epidemiológicas do descontrole da tuberculose são de grande relevância para o nosso meio e a não adesão ao tratamento, com variações peculiares a cada região, porém com valores inaceitáveis em muitos locais do Brasil, constitui importante causa de insucesso terapêutico e desenvolvimento de cepas resistentes (RIBEIRO et al, 2000).

A eficácia do tratamento com o esquema I é de 98%, desde que seja cumprida rigorosamente a prescrição (PEREIRA, 2002). Um dos principais problemas enfrentados na condução dos casos de tuberculose em nosso país é o abandono da terapêutica (BISAGLIA et al, 2003). Como consequência, os indicadores de incidência, mortalidade, multirresistência estão aumentando, sendo esta a principal preocupação mundial em relação à doença (OLIVEIRA, MARIN-LÉON, GARDINALI, 2005). Pacientes infectados com cepas resistentes a múltiplas drogas têm menos possibilidade de se curarem, particularmente se estão infectados pelo HIV ou se sofrem de outra imunopatia; o tratamento é mais tóxico e, além do mais, custa 700 vezes mais caro. Entre estes pacientes, mais da metade acaba morrendo com a doença (BARROSO et al, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), considera-se caso de abandono o doente que, após iniciado o tratamento para tuberculose, deixou de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno.

Inicialmente os medicamentos para tuberculose eram ministrados isoladamente e por curto período observava-se que os pacientes permaneciam com baciloscopia positiva. Logo, constatou-se que tais medicamentos deveriam ser administrados por longo tempo, para prevenir as recidivas, e em associações, para evitar o desenvolvimento de resistência. A quimioterapia longa curava a tuberculose pulmonar, porém, freqüentemente, falhava pela não adesão ao tratamento. A necessidade de esquemas mais curtos era evidente; sendo o Brasil, em 1980, o primeiro país a implantar a quimioterapia de curta duração (seis meses). Ainda assim, o percentual de cura não ultrapassa 75% dos casos tratados, sobretudo devido ao abandono do tratamento (OLIVEIRA; MOREIRA FILHO, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A descoberta de antibióticos eficazes chegou a dar esperanças de que a tuberculose deixaria de ser um problema de saúde pública, mas com o advento da

Aids, somado ao abandono do tratamento e ao aparecimento de bacilos resistentes, a tuberculose é considerada hoje como re-emergente (SILVA; BARBOSA, 2004). Diante desse cenário adverso, a OMS decretou em 1993, a Emergência Global da Tuberculose e o Brasil, seguindo esse alerta, em 1996, lançou o Plano Emergencial de Combate à Tuberculose com a finalidade de controlar a doença.

No Brasil, o Plano Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT), lançado pelo Ministério da Saúde, foi oficializado desde 1999 (Ministério da Saúde, 2004), com abrangência nacional, e ainda assim estamos longe de atingir o controle desta doença.

Segundo Silva e Barbosa (2004), o diagnóstico e a prescrição de medicamentos eficazes ao doente não são suficientes para que o tratamento seja realizado, visto que a tuberculose é uma doença reconhecidamente de determinação social. Portanto, a compreensão da dimensão social e psicológica do doente são importantes para se elucidar as medidas necessárias para se combater a doença, através do entendimento das condições de aceitação do diagnóstico, do tratamento e da cura.

Alguns fatores estão relacionados à população que menos adere ao tratamento, como: nível de escolaridade incipiente, baixo nível sócio-econômico, o mercado de trabalho informal e os hábitos de vida prejudiciais à saúde como alcoolismo e uso de drogas ilícitas (Silva; Barbosa, 2004). Com relação ao paciente, outros fatores que influenciam a não adesão ao tratamento são: o estigma da tuberculose; a não aceitação da doença; o fato de considerar-se curado antes da cura efetiva; a falta de apoio dos familiares no tratamento; o desconhecimento destes com relação à enfermidade; impossibilidade de faltar ao emprego, de comparecer à consulta no horário agendado, de pagar o transporte para ir à unidade de saúde, ausência de residência fixa; intolerância medicamentosa e presença de outras doenças concomitantes, como a AIDS (RIBEIRO et al, 2000; LIMA et al, 2001; OLIVEIRA, MARIN- LEÓN; GARDINALI, 2005).

As estratégias que devem ser utilizadas pelos serviços de saúde para melhorar a adesão ao tratamento incluem: disponibilidade de fornecimento de medicação gratuita para o tratamento; bom nível de organização com consultas regulares previamente agendadas e controle de pacientes faltosos; realização de visitas domiciliares; proximidade das unidades de saúde da residência dos pacientes e atividades educativas sobre a doença, como: orientação sobre o esquema terapêutico, a importância da regularidade no uso das drogas e as graves

conseqüências advindas da interrupção e do abandono do tratamento (RIBEIRO et al, 2000). Segundo estudos realizados, a interação entre os profissionais de saúde e os pacientes baseada em uma relação de afeto e respeito, estimula o seguimento do tratamento (LIMA et al., 2001).

Com o objetivo de diminuir as chances de abandono da terapêutica e reduzir a probabilidade de ocorrência de resistência aos medicamentos, foi recomendado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) a instituição do tratamento supervisionado ou DOTS, que requer a supervisão da ingestão dos medicamentos por profissionais de saúde da equipe do PSF – (Programa Saúde da Família), ou até mesmo por familiares ou pessoas da comunidade treinados para este fim. Poderão ser realizadas 3 observações semanais, pelo menos, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana até o final do tratamento. A supervisão da tomada poderá ser realizada na unidade de saúde, na residência ou no local de trabalho do paciente (Castineiras, Pedro, Martins (1999). Ministério da Saúde, 2002). Segundo Albuquerque et al. (2001), atenção especial deve ser dada aos etilistas, aos infectados pelo HIV, casos de retratamento após abandono, casos de resistência a duas ou mais drogas, doentes institucionalizados e aqueles sem residência fixa. Para estes, principalmente, devem ser implementados procedimentos de acompanhamento diferenciado, tais como o tratamento supervisionado.

No Brasil, a estratégia do DOTS, foi formalmente oficializada em 1999, por intermédio do PNCT. Sendo uma de suas prioridades curar 85%, diminuir a taxa de abandono e evitar o surgimento de bacilos resistentes. Observa-se ainda dificuldades no processo de descentralização do PNCT, para os municípios brasileiros, bem como a atenção ao paciente, em muitos lugares, ainda é restrita a ambulatórios especializados, sem expansão para a rede básica. Portanto, o PNCT visa a horizontalização do controle da tuberculose, estendendo-se a todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), através da integração com a atenção básica (PACS / PSF), garantindo a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2004).

O DOTS, aplicado em sua amplitude – ou seja, não compreendendo apenas o fornecimento de medicação ao paciente, mas, inclusive, seu acolhimento –, tem se mostrado uma prática efetiva na aderência ao tratamento da tuberculose (SILVA; BARBOSA, 2004).

Segundo pesquisas realizadas, a adoção da estratégia DOTS tem aumentado o percentual de cura, reduzido a taxa de abandono e a incidência de casos resistentes. Em Nova York, por exemplo, o programa conseguiu reduzir em 35% a incidência de casos novos e em 75% a incidência de casos resistentes à isoniazida e rifampicina (Ribeiro et al, 2000). Em Bangladesh, área de tuberculose endêmica foi observado aumento do percentual de cura de 50 para 75% após implantação do DOTS (Albuquerque et al, 2001). No Brasil, temo como exemplos a serem seguidos são os da cidade de Cuiabá-MT, que conseguiu reduzir a taxa de abandono de 40% para 5%, em dois anos, devido à implantação do tratamento supervisionado. Também em Jacareí-SP, a ampliação da equipe do PCT e a implantação do DOTS contribuíram para que o índice de abandono caísse de 9,2% para 1,2% (Silva; Bárbara, 2004). No município de Piripiri-PI, a taxa de cura alcançou 90% enquanto que a taxa de abandono foi de apenas 0,7%, devido principalmente ao tratamento supervisionado e ao grande comprometimento dos profissionais de saúde (MASCARENHAS, ARAÚJO, GOMES, 2005).

A melhor forma de implantar a supervisão do tratamento deve ser decidida no nível local, segundo a realidade da comunidade envolvida e os recursos disponíveis, além da aceitação política do programa (RIBEIRO et al, 2000).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de Estudo

Para a realização deste estudo foi escolhida a modalidade de pesquisa descritiva, tendo como objeto o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar.

### 5.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade Hospitalar Presidente Vargas, situada à rua 5 de Janeiro, nº 166, no bairro Jordoá, no município de São Luís-MA. Segundo informações de funcionários do serviço, o referido hospital foi fundado na década de 40, na época chamado de sanatório, com o objetivo de tratar doenças do pulmão. Atualmente, esta Unidade constitui-se em um centro de referência estadual para o tratamento da tuberculose, realizando atendimento ambulatorial, mediante demanda espontânea e referenciada, além de internação hospitalar e tratamento da tuberculose multirresistente, sendo inclusive referência para o Programa de Saúde da Família.

O atendimento inicial no ambulatório é realizado pelo clínico que solicita exames investigatórios (2 baciloscopias de escarro em jejum e Rx de tórax). Após os resultados, o paciente é encaminhado para o pneumologista para confirmação diagnóstica, sem agendamento prévio. Em seguida o paciente é notificado, orientado e encaminhado ao serviço social pela equipe de enfermagem, para então dar início ao tratamento.

O PCT é desenvolvido nesta unidade através de uma equipe multiprofissional, composta por 8 médicos, 3 enfermeiros, 3 auxiliares de enfermagem e 4 assistentes sociais. Conta-se com a parceria de um guarda sanitário da Funasa para a realização da busca dos faltosos, que é feita uma semana após a data aprazada para o retorno, além do programa **Álcool e Drogas**, implantado há um ano e meio.

### 5.3 População

A população em estudo foi constituída por pacientes com diagnóstico confirmado de tuberculose pulmonar atendidos no serviço ambulatorial da Unidade

Hospitalar Presidente Vargas, no período de janeiro a dezembro de 2004, que abandonaram o tratamento inicial (esquema I).

#### **5.4 Critérios diagnósticos**

Segundo o manual técnico para o controle da tuberculose, denomina-se “caso de tuberculose “todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O doente é considerado portador de tuberculose pulmonar positiva se for incluído nos seguintes critérios: 2 baciloscopias diretas positivas; 1 baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose; 2 baciloscopias diretas negativas e cultura positiva. É considerado portador de tuberculose pulmonar negativa quando tiver 2 baciloscopias negativas, com imagem radiológica sugestiva e achados clínicos ou outros exames complementares que permitam ao médico efetuar o diagnóstico de tuberculose. Não havendo disponibilidade de meios, pode-se iniciar tratamento de prova (FUNASA/MS, 2002).

#### **5.5 Coleta de Dados**

Inicialmente foi realizado o levantamento do número de casos de abandono a partir do livro de registro da unidade, após autorização da instituição. Em seguida foram localizados e revisados os respectivos prontuários para obtenção das seguintes informações: nome, endereço, data do início do tratamento e momento em que ocorreu o abandono do mesmo. Posteriormente tendo sido localizados os endereços, realizou-se visita domiciliar para aplicação de um questionário previamente elaborado, com o objetivo de buscar informações específicas sobre as causas alegadas para o abandono do tratamento. Foram entrevistados apenas 6 pacientes, pois houve 1 caso de mudança de endereço para outro estado. A caracterização epidemiológica dos pacientes obtida através do questionário foi confirmada através de revisão dos prontuários.

Em um segundo momento, realizou-se entrevista com alguns profissionais de saúde da unidade hospitalar, que trabalham no programa de controle da tuberculose, a fim de se obter informações sobre o funcionamento do serviço.

Posteriormente, procurou-se a coordenação municipal do PSF de São Luís e Raposa, de onde procederam os pacientes em estudo, para obtenção de informações referentes à cobertura do Programa de Saúde da Família, bem como os endereços das respectivas unidades básicas, visando identificar o acompanhamento destes pelas equipes do PSF/PACS.

## **5.6 Instrumento de Coleta**

Foi utilizado um questionário destinado aos pacientes, contendo perguntas abertas e fechadas, sendo as seguintes variáveis consideradas relevantes para o estudo: sexo, idade, profissão, endereço, escolaridade, estado civil, renda familiar, uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, causas alegadas para o abandono do tratamento, comportamento de risco para HIV/AIDS, realização do teste anti-HIV e acesso ao Programa de Saúde da Família.

## **5.7 Análise dos Dados**

Os dados foram organizados em forma de quadros e gráficos utilizando os programas Word e Excel. Para análise das variáveis: uso de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas e tempo de tratamento, foi utilizado o programa Epi-info 2000, versão 3.3.2.

## **5.8 Considerações Éticas**

Foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido por todos os participantes da pesquisa, após receberem explicações quanto à importância e o objetivo da pesquisa, garantindo a privacidade, o sigilo das respostas e o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, durante a pesquisa, sem sofrer qualquer penalidade.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em 2004, dos 340 pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar inscritos no PCT da unidade hospitalar Presidente Vargas, 243 (71,7%) tiveram alta por cura; 58 (17,0%) foram transferidos; 2 (0,5%) tiveram mudança de diagnóstico; 13 (3,8%) tiveram falência do tratamento; 12 (3,5%) evoluíram para óbito (independente da causa); 12 (3,5%) abandonaram o tratamento, destes, 7 (2,0%) abandonaram o esquema I, constituindo-se portanto na população em estudo. Entretanto, não foi possível coletar dados de 1 destes, por motivo de mudança de endereço para outro estado. Assim, os dados apresentados referem-se apenas a 6 casos investigados. O índice de abandono encontrado (2,0%) está bem abaixo do esperado pelo Ministério da Saúde (5,0%), provavelmente devido, entre outros fatores, à busca de faltosos mediante visita domiciliar realizada por um guarda sanitário da FUNASA, após o sétimo dia de abandono.

De acordo com o quadro 1, os pacientes estavam na faixa etária de 19 a 52 anos de idade, predominando o sexo masculino, com 5 pacientes. Costa et al (2000), Barnhoon & Adriaanse (1992) apud Gonçalves et al (1999) consideraram que as variáveis sexo masculino e idade inferior a 40 anos são alguns dos fatores associados ao abandono do tratamento.

Com relação à escolaridade, metade dos pacientes tinha de 0 a 3 anos de estudo. Portanto, possuíam nível de educação incipiente. O nível de escolaridade interfere na percepção de entendimento das orientações e prescrições médicas, segundo Natal et al (1999) que encontrou em seus estudos 17,9% de abandono com essa escolaridade.

A maioria tinha companheiro, sendo 1 solteiro e 1 separado. Sobre a ocupação, somente 1 dos pacientes era estudante. Os outros pacientes tinham profissão com rentabilidade, correspondendo a 2 pescadores, 1 rádio-técnico, 1 serigrafista e 1 marisqueira. Quanto à situação econômica, 5 tinham renda inferior ou igual a 1 salário mínimo. Isto reflete, portanto, todo um conjunto de condições sócio-econômicas precárias que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose e são responsáveis pela menor aderência ao tratamento (MASCARENHAS, et al (2005).

O número de contatos intradomiciliares variava entre 3 e 8 pessoas. Apesar de não constar no questionário perguntas sobre as condições das habitações e número de habitantes por cômodos, observou-se durante a visita

domiciliar para aplicação do mesmo, que a maioria das moradias possuía 3 cômodos, em média. A alta densidade populacional por unidade residencial expõe a um ambiente de risco propício à tuberculose conforme o estudo de LIMA et al (2001).

Com relação à procedência, 4 eram de São Luís e 2 da Raposa, município vizinho. Tal ocorrência pode ser explicada pelo fato da tuberculose ser uma doença estigmatizante, fazendo com que os infectados procurem assistência em serviços distantes do seu município de residência, na tentativa de esconder até mesmo da própria família a condição de “ tuberculoso (MASCARENHAS, et al (2005).

Quadro 1 – Características sócio-econômicas de 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no hospital Presidente Vargas em São Luís – MA.

Variáveis	Pacientes					
	1	2	3	4	5	6
Idade	41	21	39	19	52	31
Sexo	M	M	M	M	M	M
Anos de estudos	8 -11	8 -11	Nenhum	8 – 11	1 – 3	1 - 3
Estado Civil	Separado	Solteiro	Marital	Marital	Casado	Marital
Ocupação	Rádio Técnico	Estudante	Pescador	Serigrafia	Marisqueiro	Pescador
Renda	< 1 SM	Nenhuma	1SM	1SM	<1SM	<1SM
Nº de pessoas/casa	03	03	08	03	08	07
Procedência	São Luís	São Luís	Raposa	São Luis	Raposa	São Luis

Conforme o quadro abaixo, dos pacientes que abandonaram o tratamento, metade fazia uso concomitante de álcool e fumo. Destes, 1 possuía o agravante de ser usuário de drogas ilícitas. Sendo que estes pacientes deixaram o tratamento nos primeiros 4 meses. Neste estudo não foi observado relação do tempo de tratamento com as variáveis álcool ,drogas ilícitas e tabagismo, ao contrário da literatura onde estes fatores são considerados prognósticos para o desfecho desfavorável do tratamento.(OLIVEIRA; MOREIRA (2000) ; ALBUQUERQUE,et al (2001) e LIMA et al (2004).

Constatou-se que apesar de todos os pacientes possuírem comportamento de risco para HIV, somente 2 relataram ter realizado o teste anti-HIV. Segundo SILVA; BARBOSA (2004), as medidas de prevenção e controle do HIV e da tuberculose não podem ser pensadas separadamente, visto que a co-infecção pode elevar em 25 vezes o risco de desenvolver a tuberculose doença.

Apenas 2 pacientes relataram patologias associadas (asma e hipertensão arterial) que não tiveram relação com o abandono do tratamento, segundo informações dos mesmos.

Com relação às reações adversas, 3 pacientes relataram alterações gastrointestinais, tontura e mal-estar. Entretanto, estas não foram alegadas como responsáveis pelo abandono do tratamento. Segundo GONÇALVES et al (1999), os efeitos das drogas e as reações ao tratamento envolvem questões igualmente importantes para a adesão.

Quanto ao tempo de tratamento, observou-se que a maioria dos abandonos ocorreram no primeiro e segundo meses de tratamento, coincidindo com dados da literatura, onde o momento crítico do abandono ocorre no segundo e terceiro mês, tendo sido associado com a melhora clínica, com a falta de percepção da própria doença e da importância do tratamento, como também à deficiência no relacionamento médico-paciente e serviços de saúde ineficazes. (NATAL et al (1999); GOUVEIA; BERGEL (2005).

Quadro 2 – Características epidemiológicas de 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no Hospital Presidente Vargas em São Luís – MA.

Variáveis	Pacientes					
	1	2	3	4	5	6
Uso de Álcool	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim
Drogas	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Tabagismo	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Risco/HIV	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Teste anti HIV realizado	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Patologias Associadas	Nenhuma	Nenhuma	Asma	Nenhuma	HAS	Nenhuma
Reações adversas	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
Tempo de Tratamento	3	1	1	2	2	4

Sobre os exames laboratoriais realizados para o diagnóstico da tuberculose, observou-se que todos fizeram baciloscopia de escarro, porém somente 4 tiveram o resultado positivo, nenhum deles realizou cultura de escarro. Com relação à radiografia de tórax, todos tiveram resultados sugestivos para tuberculose, sendo todos considerados tuberculose pulmonar.

Quadro 3 – Critérios diagnósticos utilizados para casos de tuberculose, em 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no Hospital Presidente Vargas – São Luís-MA.

Variáveis	Pacientes					
	1	2	3	4	5	6
Baciloscopia de escarro	Positiva	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva
Cultura de escarro	NR	NR	NR	NR	NR	NR
RX-Tórax	S	S	S	S	S	S
Forma clínica	P+	P+	P-	P+	P-	P+

**Legenda:** NR = Não Realizada  
 S = Sugestivo  
 P+ = Pulmonar Positiva  
 P- = Pulmonar Negativa

Conforme os dados relacionados ao esquema terapêutico, todos os pacientes utilizaram o esquema I, por auto-administração, portanto nenhum recebeu tratamento supervisionado.

No quadro abaixo, relacionou-se as causas alegadas pelos pacientes para o abandono do tratamento. O paciente 1 após freqüentar uma religião, considerou-se “curado”, abandonando o tratamento no 4º mês. O paciente 2 alegou que a medicação não podia entrar no presídio, interrompendo portanto o tratamento no 2º mês. O paciente 3 relatou que a falta de medicamento na unidade de saúde com a transferência para receber o mesmo em outra unidade aliada à dificuldade financeira, para o pagamento do transporte, desmotivaram-no a concluir o tratamento, abandonando também no 2º mês. O paciente 4, desde o momento do diagnóstico da doença, já apresentava muito medo do ambiente hospitalar e medo do tratamento, abandonando-o no 3º mês. O paciente 5 após ter tido conhecimento dos resultados negativos das baciloscopias concluiu que não tinha a doença, deixando de tomar a medicação no 3º mês. Finalmente, o paciente 6 referiu, como causa do abandono, a falta de dinheiro para pagamento do transporte, visto que reside em um bairro na zona rural, distante da unidade onde iniciou o tratamento, abandonando-o no 5º mês.

Quadro 4 – Causas alegadas para o abandono do tratamento e o momento em que ocorreu o mesmo em 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar, em 2004, no hospital Presidente Vargas em São Luís - MA.

Pacientes	Causas Alegadas	Momento em que ocorreu abandono
1	Falsa idéia de cura da doença	4º mês
2	Detenção em delegacia	2º mês
3	Falta de medicamento na US, dificuldade de transporte e financeira	2º mês
4	Medo do tratamento e do ambiente hospitalar	3º mês
5	Negação da doença	3º mês
6	Dificuldade financeira	5º mês

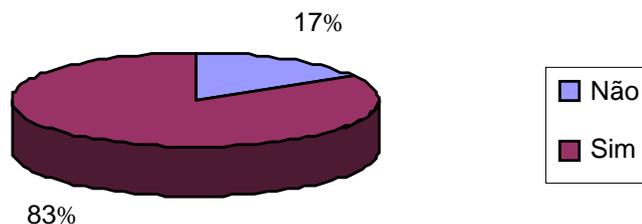
Vários estudos apontam fatores importantes relacionados à adesão do tratamento para tuberculose, entre eles: a qualidade do serviço e sua organização, o estreitamento da relação dos profissionais de saúde e paciente, a melhor organização do atendimento, levando à redução no tempo de espera para consulta e o treinamento do médicos em tuberculose (BERGEL e GOUVEIA, 2005 ). “Pacientes que não confiam no sistema de saúde ou nos médicos são mais propensos a não aderirem ao regime medicamentoso”. (HILKA et al, 1975; GOURITY,1981; DIMATTEO et al,1983 apud GONÇALVES et al ( 1999 ).

No Brasil, apesar do tratamento da tuberculose ser custeado pelo governo, ainda não se obteve o impacto esperado na redução do índice de abandono , indicando que outras questões podem influenciar na adesão , como : apoio familiar, o papel da cultura nas concepções populares de doenças, os gastos com alimentação e transporte., a crença de cura após o desaparecimento dos sintomas, estigmatização da doença,mudança no papel social do indivíduo, como ‘provedor da família’para “doente’(GONÇALVES et al ,1999; LIMA et al,2001;SILVA e BARBOSA, 2004 ; OLIVEIRA, et al 2005).

Em relação aos pacientes que se submeteram ao exame de baciloscopia de escarro, podem ter se sentido mais confiantes no diagnóstico, quando recebiam o resultado de baciloscopia positiva, levando, possivelmente à melhor adesão ao tratamento, ao contrário de outro estudo com maior risco de abandono em casos com baciloskopias negativas. (BERGEL e GOUVEIA , 2005; LIMA et al, 2001).

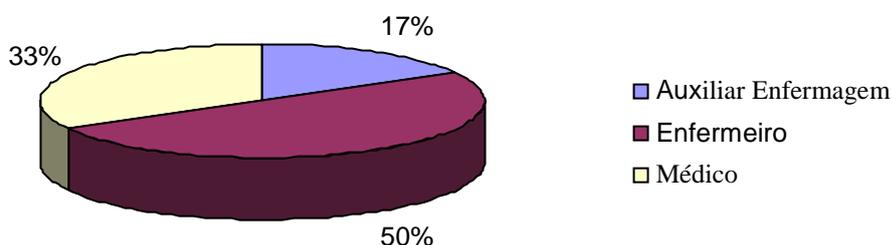
“ O acolhimento multidisciplinar do paciente e de seus familiares tem como objetivo propiciar o conhecimento mútuo das impressões sobre doença , tratamento, promover esclarecimentos e procurar estabelecer o vínculo que favoreça a confiança no saber científico.” (SILVA; BARBOSA , 2004.)

Gráfico 1 – Conhecimento das conseqüências do abandono em 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar, em 2004, no hospital Presidente Vargas – São Luís - MA.



Observou-se que, do total de pacientes estudados, 5 referiram ter tido conhecimento sobre as conseqüências do abandono do tratamento (Gráfico 1), sendo que 3 foram informados pelo enfermeiro (Gráfico 2 abaixo). Segundo RIBEIRO et al., 2000 as orientações formais ou informais que podem ser realizadas em outros momentos, que não os de consulta médica, mudam muito a postura do paciente frente ao tratamento, melhorando a adesão.

Gráfico 2 – Profissionais que informaram sobre as conseqüências do abandono do tratamento dos 6 pacientes com tuberculose pulmonar no Hospital Presidente Vargas em São Luís – MA, 2004.



Conforme o Quadro 5 abaixo, os pacientes relataram como conseqüências do abandono do tratamento o agravamento da doença, resistência ao tratamento, incurabilidade e morte. Apenas 1 não tinha conhecimento das conseqüências do abandono.

Quadro 5 – Percepção de 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no Hospital Presidente Vargas - São Luís – MA.

Pacientes	Conseqüências
1	Agravamento da doença
2	Resistência ao tratamento
3	Desconhecia
4	Incurabilidade
5	Morte
6	Agravamento da doença

Dos 6 pacientes que abandonaram o tratamento, apenas 1 residia em área que funcionava o Programa Saúde da Família, entretanto o mesmo não era cadastrado na unidade em virtude do PCT não ter sido implantado até então, no entanto, obteve-se informação na unidade de saúde de que tal paciente havia sido encaminhado à unidade de referência para internação. Segundo FREITAS et al (2006), o município de São Luís, em 2003 disponibilizava o PCT na atenção básica somente em 13 unidades de saúde da família e observou que as ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF são fundamentais para um bom controle da tuberculose.

Quadro 6 – Acesso ao PSF de 6 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar em 2004, no Hospital Presidente Vargas – São Luis – MA.

Variáveis	Pacientes					
	1	2	3	4	5	6
Reside em área que tem UBS	sim	não	sim	não	sim	não
Cadastro na USF	não	não	não	não	não	não
Conhecimento da doença na UBS	sim	não	não	não	não	não
Acompanhamento do tratamento na UBS	não	não	não	não	não	não

## 7 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que:

- a- O número de casos de abandono (2,0 %) foi inferior ao estimado pela OMS (5,0 %);
- b- A organização do serviço, que dispõe de uma equipe multidisciplinar, em parceria com a FUNASA e com o Programa de álcool e drogas, foram os fatores que possivelmente contribuíram para o baixo índice de abandono ;
- c- As principais causas de abandono estavam relacionadas ao paciente , tais como : falsa idéia de cura da doença , dificuldade financeira , negação da doença , “medo” do tratamento.
- d- A maior parte dos casos de abandono ocorreu no 2<sup>o</sup> e no 3<sup>o</sup> mês de tratamento ;
- e- Apesar do DOTS ter sido oficializado desde 1999 como a melhor estratégia para aumentar a adesão, a mesma não foi aplicada nos pacientes que possuíam risco para o abandono;
- f- Toda a população estudada não teve acesso ao Programa de Saúde da Família.

## 8 SUGESTÕES

Mediante o acima exposto, sugere-se medidas que venham contribuir para a redução do abandono, desde o início do tratamento:

- Organização dos serviços, com a descentralização do tratamento, disponibilização dos medicamentos e dos exames:

- Humanização do atendimento e maior acolhimento dos pacientes;
- -Aplicação do DOTS pelas equipes do PSF/PACS;
- -Identificação dos pacientes de risco desde o início do tratamento, para aplicação do DOTS;
- Utilização de retornos freqüentes à unidade, para consolidação da relação médico-paciente;
- Capacitação dos profissionais de saúde em Tuberculose e;
- Esclarecimento ao paciente e seus familiares sobre a doença e os riscos do abandono, realizados pela equipe de saúde (grupo de pacientes).

Torna-se importante que sejam realizados trabalhos que abordem o abandono do tratamento da tuberculose de forma mais ampla, afim de que esses fatores sejam melhor conhecidos e possam surgir novas estratégias para aumentar a adesão.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. F. M. de; LEITÃO, C. C. de S.; CAMPELO, A. R. L.; SOUZA, W. V. de; SALUSTIANO, A. **Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil.** Rev. Panam. Salud Pública, v. 0, n. 6, p. 368-374, 2001. Disponível em: <<http://www.capes.periodicos.gov.br>>. Acesso em 17nov.2005.
- ANDRADE, R. L. P.; VILLA, T. C. S.; PILLON, S. **A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose.** Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/indese.html>>. Acesso em: 08. out. 2005.
- ASSIS, L. de. **Tuberculose volta com força ao país.** Disponível em: <<http://www.giv.org.br>>. Acesso em: 07 out. 2005.
- BARRETO, A. M. W.; ARAÚJO, J. B. M.; MEDEIROS, R. F. de M.; CALDAS, P. C. de S. Evaluation of Indirect Susceptibility Testing of Mycobacterium tuberculosis to the First-and Second-line, and Alternative Drugs by the Newer M. B. / Bac T System. Disponível em: <<http://memorias.ioc.fiocruz.br>>. Acesso em: 08 out. 2005.
- BARROSO, C. E.; MOTA, R. M. S.; OLIVEIRA, A. C. M.; CORDEIRO, J. I. R.; BARROSO, J. B.; RODRIGUES, J. L. **Papel da tuberculose domiciliar no surgimento da tuberculose multirresistente.** J. Brás Pneum, v. 30, n. 1, p. 46-52, 2004. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 17nov.2005.
- BISAGLIA, J. B.; SANTUSSI, W. M.; GUEDES, A. G. M.; GOMES, A. P.; OLIVEIRA, P. C. de; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Atualização Terapêutica em Tuberculose: principais efeitos adversos dos fármacos;** Bol Pneumol Sanit, v. 11, n. 2, p. 53-59, 2003.
- Brasil amplia investimento para curar 50,5 mil casos de tuberculose. Disponível em: <<http://www.portalweb.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 jun. 2005.
- Brasil sedia reunião mundial sobre tuberculose. Disponível em: <<http://www.portalweb.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 jun. 2005.
- CASTINEIRAS, T. M. P. P.; PEDRO, L. G. F.; MARTINS, F. S. V. **Tuberculose.** Disponível em: <[Lhttp://www.cives.ufrj.br](http://www.cives.ufrj.br)>. Acesso em: 07.out.2005.
- COSTA NETO, C. **Tuberculose, Vila Rosário e a cadeira da miséria.** Angustias e reflexões de um cidadão. Bol Pneumol Sanit, v. 11, n. 2, p. 24-40, 2003.
- DAHER, D. **tuberculose assusta.** Rio é o Estado com maior número de casos. Para este ano, são estimados 19 mil. Jornal O Dia de 24/03. disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 08 out. 2005.
- FERNANDES, T. M. D.; ALMEIDA, A. B. de s.; RAIMUNDO, D. do. **Memória da Tuberculose.** Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 07 out. 2005.

FREITAS, F. Marques; HOLANDA, Rita de C. Ayres; SAOARES, Valdez Oliveira. **O programa de controle da tuberculose nas unidades de saúde da família em São Luís: características dos pacientes e fatores de adesão.** (Monografia) UFMA – São Luís – MA, 2006.

GUERRA, F. G. C. de M; SOUZA, F. B. A. de; TOCANTINS, F. R. **Cliente com tuberculose multirresistente internado em Hospital geral – Intensificando as Ações de Enfermagem.** Bol Pneumol Sanit, v. 11, n. 2, p. 47-52, 2003.

Governo investe no tratamento da tuberculose. Disponível em: <<http://www.portalweb.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 jun. 2005.

HINO, P.; SANTOS, C. B. dos; VILLA, T. C. S.; MUNIZ, J. N.; MONROE, A. A. **Tuberculosis patients submitted to supervised treatment.** Ribeirão Preto-SP-Brasil, 1988 and 1999. Latuio a, Enfermagem, v. 13, n.1, p. 27-31, jan/fev, 2005. Disponível em: <<http://www.capes.periodicos.gov.br>>. Acesso em 17 nov. 2005.

LIMA, M. B; MELO, Da; MORAIS, A. P. P.; SILVA, W. C. **Estudo de casos sobre o abandono do tratamento da tuberculose:** avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). Cada Saúde Pública, v. 17, n. 4, Rio de Janeiro, jul/ago, 2001. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 17 nov. 2005.

MASCARENHAS, M. D.; ARAÚJO, L. M.; GOMES, K. R. O. **Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no município de Piri-piri, Estado do Piauí, Brasil.** Epidemiologia e serviços de saúde, v. 14, n.1, p. 7-14, jan/mar, 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 17. nov. 2005.

MAZZEI, A. M. A.; MONROE A. A.; SASSAKI, C. M.; GONZÁLES, R. I. C.; VILLA, T. C. S. **Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade.** Bol Pneumol Sanit, v. 11, n. 2, p. 41-46, 2003.

MELO, F. A. f.; AFIUNE, J. B.; IDE NETO, J.; ALMEIDA, E. A.; SPADA, D. T. A.; ANTELME, A. N. L.; CRUZ, M. L. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose multiministente em serviço de referência na cidade de São Paulo.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, b. 36, n. 1, p. 27-34, jan/fev, 2003. Disponível em: <<http://www.capes.periodicos.gov.br>>. Acesso em 17 nov. 2005.

MENGEL, R. **Tuberculose:** Brasil tem 86 mil novos casos por ano. Disponível em: <<http://www.usp.br>>. Acesso em: 07 out. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica.** N. 6. Manual Técnico para o controle de tuberculose. 6. ed. rev. e ampl: Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. **Controle da Tuberculose.** Uma proposta de integração ensino-serviço. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde mais perto.** Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília, DF, fev, 2004.

\_\_\_\_\_. **Tratamento supervisionado da tuberculose evita abandono.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 out. 2005.

\_\_\_\_\_. **Tuberculose**. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF. Fundação Nacional de Saúde, out, 2002.

Municípios alcançam meta de cura da tuberculose. Disponível em: <<http://www.portalweb.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 jun. 2005.

NATAL, Sônia; VALENTE, Joaquim; GERHARDT, Germano; PENNA, Maria Lúcia. **Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar**. Boletim de Pneumologia Sanitária, v.7, n. 1, jan/jun,1999.

NOGUEIRA, P. A.; MALUCELLI, M. I. C.; ABRAÃO, R. M. C. de M.; ALMEIDA, M. M. M. B. **Avaliação das informações de tuberculose (1989-1999) de um Centro de Saúde Escola da Cidade de São Paulo**. Ver. Brás. Epidemiol, v. 4, n.2, 2001. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 17.nov.2005.

OLIVEIRA, H. B.; MOREIRA FILHO, D. de C.. **Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose**: aspectos de episódios prévios, campinas, SP, Brasil, 1993-1194. Ver. Saúde Pública, v. 34. n. 5, São Paulo, out, 2000. Disponível em:<<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 17nov.2005.

OLIVEIRA, H. B. de; MARIN-LEÓN, L.; GARDINALI; J. **Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em campinas-SP**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 31, n. 2, p. 133-8, mai/abr, 2005. Disponível em: <<http://www.capes.periodicos.gov.br>>. Acesso em 17nov.2005.

PEREIRA, J. **Tuberculose**. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: 08. out. 2005.

RIBEIRO, S. A.; AMADO, U. M.; CAMELIER, A. A.; FERNANDES, M. M. A.; SCHENKMAN, S. **Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose**. J. Pneumologia, v. 26, n. 6, São Paulo, nov/dez, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 mai.2005.

Saúde lança campanha de massa contra a tuberculose. Disponível em: <<http://www.portalweb.saude.gov.br>>. Acesso em 07 jun. 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Educando para prevenir**: tuberculose. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>. Acesso em: 07. out. 2005.

SILVA, A. C. A. da; BARBOSA, E. C. **Ampliação da Equipe do Programa de Controles da Tuberculose e Implantação do Tratamento Supervisionado – Município de Jacareí-SP**. Boletim Epidemiológico Paulista. Ano 1, n. 10, outono, 2004. Disponível em: <<http://www.capes.periodicos.gov.br>>. Acesso em 17nov.2005. Acesso em: 08.out.2005.

SOUSA, J. W. M. **Tuberculose**. Disponível em: <<http://www.saudevideonline.com.br>>. Acesso em: 07.out.2005.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Disponível em: <<http://www.portalweb.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 jun. 2005.

## APÊNDICES

**Apêndice A – Questionário aplicado aos pacientes**

1. Ficha: Nº \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Sexo: \_\_\_\_\_
4. Endereço: \_\_\_\_\_  
Zona: ( ) Urbana ( ) rural
5. Estado Civil  
( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Casado ( ) Separado ( ) Outros
6. Escolaridade: em anos de estudo concluído:  
( ) Nenhum ( ) 8 a 11  
( ) 1 a 3 ( ) 12 e mais  
( ) 4 a 7
7. Quantas pessoas moram na casa?: \_\_\_\_\_
8. Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_
9. Renda Familiar:  
( ) menor que 1 SM ( ) 1 SM ( ) 2 a 3 SM ( ) 3 SM
10. Faz uso de bebidas alcoólicas?  
( ) Sim Diariamente ( ) ( ) Não  
Socialmente ( )
11. Faz uso de drogas ilícitas?  
( ) Sim ( ) Não
12. Que motivos levaram ao abandono do tratamento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Foi informado sobre as conseqüências do abandono?  
( ) Sim ( ) Não
14. Quais são as conseqüências do abandono do tratamento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Foi informado por quem?  
( ) médico ( ) enfermeiro ( ) auxiliar de enfermagem ( ) ACS
16. Comportamento de risco para HIV? \_\_\_\_\_
17. Realizou o teste anti-HIV? \_\_\_\_\_

18. É portador de alguma doença de base?

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

( ) Não

19. Você apresentou alguma reação ao tomar a medicação? \_\_\_\_\_

20. Reside em áreas que tem unidade de saúde da família?

( ) Sim ( ) Não

21. Está cadastrado na unidade de saúde da família na sua área?

( ) Sim ( ) Não

22. Alguém da unidade sabe sobre o seu diagnóstico?

( ) Sim ( ) Não

23. Acompanha(ou) na unidade em algum momento do tratamento?

( ) Sim ( ) Não

## Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido

LABORO – Excelência em Pós-Graduação  
 Universidade Estácio de Sá  
 Curso de Especialização em Saúde da Família

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dra. Conceição de Maria Pedroso e Silva de Azevedo  
 End.: Rua dos Juritis, 15 – Apto. 303 – Renascença – E-mail:pedrozo@elo.com.br

Pesquisadoras: Doralice Brito Barros Rodrigues  
 Eliene Maria Cavalcante Pereira  
 Ida Valéria Monteiro Mendonça  
 Liliane da Cruz Souza

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – UFMA: Prof<sup>o</sup>. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira.  
 End. do Comitê: Av. dos Portugueses, s/n<sup>o</sup> - Campus Universitário do Bacanga, Prédio do  
 CEB-Velho, Bloco C – Sala 7, CEP: 65.080-040

### **CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE SÃO LUÍS - MA.**

Prezado Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre as características das pessoas que abandonaram o tratamento da tuberculose pulmonar no Hospital Presidente Vargas. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o(a) Sr(a) que ajudarão a conhecer melhor a população atendida nessa unidade e permitirão o planejamento de ações específicas. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o Sr(a) quiser se retirar. O Sr.(a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Agradecemos muito a sua colaboração. Convidamos o Sr.(a) a participar dessa pesquisa.

Fui esclarecido(a) e entendi as explicações que me foram dadas; darei informações sobre as condições de vida e de saúde. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luis (MA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura e carimbo do Pesquisador

---

Sujeito da Pesquisa

Endereço da Instituição:  
 Rua 5 de Janeiro,n<sup>o</sup> 166, no bairro Jordoá - São Luís-MA.