



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL**

LUIS FERNANDO BORJA GÓMEZ

**FATORES RELACIONADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO
DA TUBERCULOSE EM RIO BRANCO-AC 2016**

RIO BRANCO-ACRE

2018

LUIS FERNANDO BORJA GÓMEZ

**FATORES RELACIONADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO
DA TUBERCULOSE EM RIO BRANCO-AC 2016**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Acre como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental.

Orientadora: Dra. Cirley Maria de Oliveira Lobato

**RIO BRANCO-ACRE
2018**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL

FATORES RELACIONADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO
DA TUBERCULOSE EM RIO BRANCO-AC 2016

Aluno: Luis Fernando Borja Gómez

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente: Prof.^a Dra. Cirley Maria de Oliveira Lobato

Examinadores:

Prof. Dr. Nilton Ghiotti Siqueira
Membro Interno

Prof.^a Pós-Dra. Carolina Pontes Soares
Membro Externo

Data da Defesa: 22/03/2018

As sugestões da Comissão Examinadora e as Normas MECs para o formato da Dissertação foram contempladas

Prof.^a Dra. Cirley Maria de Oliveira Lobato

AGRADECIMENTO

A Deus pela vida

Aos Meus Pais por quem Eu sou

A minha Orientadora Dra. Cirley pela dedicação

A Davi, pela ajuda incondicional

RESUMO

Introdução: A Tuberculose (TB), doença milenar causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* é um dos maiores problemas de saúde mundial acometendo milhões de pessoas anualmente, sendo uma das principais causas de morte evitáveis por existir um apropriado diagnóstico e um correto tratamento. O controle do abandono do tratamento é de extrema importância para evitar não só a morte, mas a transmissão da doença. **Objetivo:** Identificar os fatores relacionados ao abandono do tratamento de Tuberculose no Município de Rio Branco – Acre no ano de 2016. **Material e Métodos:** Estudo Transversal realizado no Município de Rio Branco – Acre, em pacientes com diagnóstico de tuberculose, notificados em 2016. Inicialmente foi feita uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas, com cálculos de frequências, média, mediana e desvio padrão. Para comparação das proporções dos pacientes que abandonaram o tratamento com os que não abandonaram, foram aplicados os testes do qui-quadrado de *pearson* e o exato de *fischer* para as variáveis categóricas e, para variáveis contínuas, o teste *kruskal-wallis*. **Resultados:** Dos 321 pacientes avaliados, 71% (228) eram do sexo masculino, 78% (251) Pardos, 85% residiam na área urbana, 83% de casos novos, 89% apresentaram forma clínica pulmonar e dentre as formas extrapulmonar 79,4% foram pleurais. Em relação ao desfecho clínico, 19 pacientes abandonaram o tratamento, sendo 89% (17/19) do sexo masculino. Os fatores com maior probabilidade de abandono foram: jovens menores de 29 (RP 4,15; IC 1,413-12,19) sexo masculino (RP 3,17; IC 0,751-13,399), residir na zona urbana (RP 1,256 IC 0,178-8,881); uso de álcool (RP 3,520, IC 1,464-8,465), uso de drogas (RP 3,702, IC 1,584-8,653) uso de tabaco (RP 1,160, IC 0,429-3,134). **Conclusões:** Os principais fatores relacionados com o abandono do tratamento foram idade, sexo, uso de álcool e drogas ilícitas. Os dados encontrados no SINAN diferem dos que estão na ficha de notificação e nos prontuários. A frequência da TB ocorre principalmente em jovens do sexo masculino, pardos, com baixo nível de escolaridade e a forma clínica mais prevalente é a pulmonar.

Palavras-chave: Tuberculose; Abandono do Tratamento; Atenção Primária de Saúde; Rio Branco-Acre.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (TB), an age-old disease caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis*, is one of the world's biggest health problems affecting millions of people annually, being one of the main causes of death avoidable due to an appropriate diagnosis and treatment. The control of the abandonment of the treatment is of extreme importance to avoid not only the death, but the transmission of the disease. **Objective:** To identify factors related to the abandonment of tuberculosis treatment in the city of Rio Branco - ACRE in the year 2016. **Material and Methods:** A cross-sectional study carried out in the city of Rio Branco - Acre, in patients diagnosed with tuberculosis, notified in 2016. A descriptive analysis of the sociodemographic variables was performed, with frequency, mean, median and standard deviation calculations. To compare the proportions of patients who abandoned treatment with those who did not quit, the pearson's chi-square test and the fischer's exact test were used for the categorical variables and, for continuous variables, the kruskal-wallis test. **Results:** Of the 321 patients evaluated, 71% (228) were males, 78% (251) Pardos, 85% lived in the urban area, 83% were new cases, 89% presented clinical pulmonary form and among extrapulmonary forms 79, 4% were pleural. Regarding the clinical outcome, 19 patients dropped out of treatment, 89% (17/19) of the men. The factors most likely to be abandoned were: younger than 29 (RP 4.15, CI 1.413-12.19), male (RP 3.17, CI 0.751-13.399), living in urban areas (RP 1.256 CI 0.178- 8,881); use of alcohol (RP 3,520, IC 1,464-8,465), drug use (RP 3,702, IC 1,584-8,653), tobacco use (RP 1,160, IC 0,429-3,134). **Conclusions:** The main factors related to treatment abandonment were age, sex, alcohol use and illicit drugs. The data found in SINAN differ from those in the notification form and in the medical records. The frequency of TB occurs mainly in young males, brown, with low level of education and the most prevalent clinical form is pulmonary.

Keywords: Tuberculosis; Abandonment of Treatment; Primary Health Care; Rio Branco-Acre.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS DO REFERENCIAL TEÓRICO

Figura I	História Natural da Tuberculose.....	16
Figura II	Casos Novos de Tuberculose estimados no Mundo por 100,000 habitantes ano 2015.....	21
Figura III	Coeficiente de Incidência de Tuberculose nas Américas ano 2015.....	24
Figura IV	Localização Geográfica do Estado do Acre e sua Capital Rio Branco.....	29
Gráfico I	Incidência de Tuberculose estimados por 100,000 habitantes 2000-2015 nas Américas.....	25
Gráfico II	Comparação dos pacientes Notificados e Estimados por Países nas Américas 2015.....	25
Gráfico III	Países com Incidência de Tuberculose estimada superior à média regional nas Américas 2015.....	25
Gráfico IV	Incidência Tuberculose no Brasil estimado 100,000 habitantes por ano.....	26
Gráfico V	Casos Notificados por Grupos de Idade e Sexo. Brasil 2015.....	27
Gráfico VI	Números de óbitos por Principais Doenças Infecciosas e Parasitárias Rio Branco - Acre.....	30

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS DO ESTUDO

Gráfico 01 Frequência dos Pacientes com Tuberculose Notificados no ano de 2016 segundo Faixa Etária e Sexo em Rio Branco - Acre.....	36
Gráfico 02 Percentual de Pacientes com Tuberculose Notificados no ano de 2016 segundo Sexo em Rio Branco - Acre	36
Gráfico 03 Percentual de Pacientes com Tuberculose Notificados no ano de 2016 segundo Raça em Rio Branco - Acre.....	36
Gráfico 04 Total de Pacientes Notificados com Tuberculose 2016 segundo Tipo de Entrada em Rio Branco - Acre.....	39
Gráfico 05 Total de Pacientes Notificados com Tuberculose 2016 segundo Forma Clínica em Rio Branco - Acre.....	39
Gráfico 06 Situação de Encerramento Pacientes Notificados Tuberculose 2016 em Rio Branco - Acre.....	39
Gráfico 07 Situação de Encerramento Pacientes Notificados Tuberculose 2016 segundo relação Cura – Abandono em Rio Branco - Acre.....	41
Gráfico 08 Características dos Pacientes de acordo com a Situação de Encerramento segundo Sexo em Rio Branco - Acre 2016.....	41
Gráfico 09 Características dos Pacientes que Abandonaram o Tratamento segundo Sexo em Rio Branco - Acre 2016.....	42
Tabela 01 Comparação das Proporções das Variáveis Sociodemográficas em Relação ao Abandono do Tratamento da Tuberculose, Rio Branco - Acre 2016.....	43
Tabela 02 Comparação das Proporções das Variáveis Clínico-Laboratoriais em Relação ao Abandono do Tratamento da Tuberculose, Rio Branco - Acre 2016.....	45
Tabela 03 Comparação das Proporções dos Fatores Associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose, Rio Branco - Acre 2016.....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Características Gerais.....	13
2.2 Diagnóstico.....	16
2.2.1 Tuberculose Pulmonar.....	18
2.2.2 Tuberculose Extrapulmonar.....	18
2.3 Tratamento.....	19
2.4 Cenário Mundial.....	21
2.5 Cenário nas Américas.....	23
2.6 Cenário no Brasil.....	25
2.7 Cenário no Estado do Acre.....	28
3 JUSTIFICATIVA.....	31
4 OBJETIVOS.....	32
4.1 Objetivo Geral.....	32
4.2 Objetivos Específicos.....	32
5 METODOLOGIA.....	33
5.1 Área de Estudo.....	33
5.2 Tipo de Estudo.....	33
5.3 Fonte de dados.....	33
5.4 População de Estudo.....	33

5.5 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	33
5.6 Definições Operacionais.....	34
5.7 Análise Estatística.....	34
5.8 Aspectos Éticos.....	35
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
6.1 Características da População Geral do Estudo.....	36
6.2 Características da População em Relação ao Abandono.....	41
6.3 Comparação do Preenchimento da Ficha de Notificação com o digitado no Sistema de Dados (SINAN).....	47
7 CONCLUSÃO.....	49
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
9 APÊNDICES.....	57
Apêndice A.....	57
10 ANEXOS.....	73
Anexo A.....	73
Anexo B.....	74
Anexo C.....	75
Anexo D.....	76
Anexo E.....	77

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB), doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, afeta geralmente os pulmões e pode levar à morte. Pode ser tratada alcançando a cura do paciente e prevenida por meio de certas ações, pois a bactéria tem a habilidade de ser transmitida de pessoa a pessoa (FERRI *et al.*, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A TB existe há milhares de anos e é um dos maiores problemas de saúde mundial. É causa de doença em milhões de pessoas anualmente estando no ano de 2015 entre as 10 principais causas de doenças no mundo, sendo a responsável por mais óbitos que o HIV e a malária a pesar do fato de existir um apropriado diagnóstico com um correto tratamento curando às pessoas que a desenvolvem. No geral 90% dos casos foram acometidos em adultos e 10% em crianças tendo como proporção homem:mulher 1,6:1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Dentro deste contexto devemos de considerar o Abandono do Tratamento da TB, o qual leva à continuidade da cadeia de transmissão, pois os pacientes que não aderem à terapêutica permanecem doentes e continuam sendo fonte de contágio. Ademais, este abandono induz à resistência medicamentosa e à recidiva da enfermidade, as quais infligem dificuldades ao processo de cura, acrescentando tempo e custo ao tratamento. (ROCHA & ADORNO, 2012; PAIXÃO & GONTIJO, 2007; CHIRINOS & MEIRELLES, 2011).

Conhecendo as causas ou razões porque o paciente desiste do tratamento da TB, e as combatendo, poderemos diminuir ou até acabar este abandono que teria como fim a diminuição ou não existência de óbitos ou de bacilos resistentes ao tratamento desta doença que flagela à humanidade.

A TB é um grave problema de saúde pública no mundo e centenas milhares de pessoas ainda adoecem e vão a óbito devido à doença e/ou suas complicações. Em 2014, na Assembleia Mundial de Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi aprovada a nova estratégia global para afrontar a TB, com um olhar para um mundo livre da TB até 2035. O Brasil teve o papel de relevo ao ser o principal proponente da estratégia e principalmente por sua experiência com o Sistema Único

de Saúde (SUS) e com a Rede de Pesquisa em Tuberculose do Brasil (Rede-TB) (BRASIL, 2017a).

O Brasil pertence ao grupo BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), o qual possui cerca de 50% dos casos de TB no mundo, estando o Brasil entre os 20 países de maior incidência de TB. Em 2015 o Brasil com uma população aproximada de 208 milhões de habitantes, apresentou uma estimativa epidemiológica de incidência de 41 por 100,000 (incluindo os pacientes HIV positivos + TB), tendo um total de 81.137 casos notificados, sendo 73.221 entre novos e pacientes em recaída, mais de 22.000 casos de resistência ao medicamento com uma mortalidade de 2,7 por 100,000. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Desde 2003, esta doença é considerada no Brasil como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde já que ele é um dos países com maior número de casos no mundo. Apesar de que a TB seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita pelo SUS, ainda tem barreiras no acesso e sucedem aproximadamente 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano como causa básica tuberculose (BRASIL, 2017a).

O abandono do tratamento, no cenário atual do combate à TB, se estabelece em um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro e é caracterizado pelo não comparecimento do doente ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data marcada para o retorno (SÁ *et al.*, 2007). Segundo a OMS a taxa máxima tolerável de abandono é de 5% ao ano, sendo que no Brasil esta taxa varia de 2,8 a 15,9% entre as Unidades Federativas tendo como causa principal o uso de álcool e outras drogas, a falsa impressão de cura e desconforto provocado pela falta de alimentos, a modalidade do tratamento aplicado como da operacionalização dos serviços de saúde (SOARES, 2017); enquanto no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (BRASIL, 2017a) refere que a média da taxa de abandono geral do Brasil é de 10,7% a 11,3% entre os anos 2001 a 2014.

O abandono, como causa do fracasso do tratamento, pode levar a um prolongamento do estado infeccioso, incrementando a probabilidade de transmissão e de desenvolvimento de bacilos multiresistentes, isto é, aqueles que apresentam

resistência in vitro à rifampicina, à isoniazida como também a uma terceira droga dos esquemas padronizados no tratamento da TB. É indispensável o conhecimento dos fatores relacionados ao abandono para identificar as barreiras relacionadas com ele. (ALVES *et al.*, 2012).

Ao se deparar com este panorama, se observa que uma das ações mais importantes para o controle da doença com a consequente diminuição das mortes pela doença e da multirresistência aos antibióticos pela bactéria é uma adequada adesão ao tratamento por parte do paciente.

Desta forma deve-se de analisar os motivos do abandono do tratamento da TB poder controlar e/ou melhorar cada situação e manter a adesão ao tratamento, desafio que pelo que se observa não só é partícipe o paciente, mas a família, a comunidade e especialmente o pessoal que trabalha no setor saúde.

O objetivo do presente estudo é identificar os fatores relacionados ao abandono do tratamento de Tuberculose no Município de Rio Branco – Acre nos pacientes notificados no ano de 2016.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Tuberculose (TB) conhecida também como *tísica* (consumido, decaído), a “*peste branca*” pela palidez da pele contrastando com a cor rósea dos pômulos durante o acesso febril, “*mal do peito*” pelos sintomas pulmonares entre outras denominações, acompanha ao homem desde a época pré-histórica onde existem relatos datados de 8.000 antes de Cristo (AC) (CONDE, 2002; REZENDE, 2004). Segundo investigações arqueológicas (DANIEL, 2000), existem evidências confirmadas que a TB já existia na época dos faraós no Egito (5000 anos AC.) os quais apresentavam anormalidades típicas de alterações vertebrais (Mal de Pott), como também achados arqueológicos aqui na América (1,100 AC) encontrada na forma de TB pulmonar numa múmia peruana (GUTIERREZ *et al.*, 2005) embora se tenha como consenso geral que foram os europeus que trouxeram-na durante as suas expedições, causando milhares de mortes (LEITE & TELAROLLI, 1997). No continente americano, especificamente na população indígena no Brasil, sugere-se que a TB se assume como epidemia na época da colonização europeia (ROSEMBERG, 1999; RUFFINO-NETTO, 2002), devido a que alguns colonizadores da ordem dos jesuítas chegavam doentes, mantendo contato permanente com os índios e infectavam dezenas de nativos, determinando consequências económicas, políticas e sociais até o presente. Acredita-se que o padre Manuel da Nóbrega, que chegou ao Brasil em 1549, tenha sido o primeiro morador ilustre do país a morrer da doença (HIJAR, 1994; LEITE & TELAROLLI, 1997). Este grande impacto da TB no Brasil como a história das políticas de controle por parte do Estado, tem qualidades próprias de acordo com o determinado contexto político, social e científico vigente.

2.1 Características Gerais

A TB, doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, é transmitida principalmente pelas vias aéreas, agride majoritariamente os pulmões, podendo atingir outros órgãos e tecidos do indivíduo. A TB na forma pulmonar, é de muita relevância para a saúde pública, já que esta forma, especialmente a bacilífera, é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. A infecção, geralmente é relacionada ao doente em casa, como também em espaços fechados (trabalho, estudos, centros de lazer e outros) (BRASIL, 2011).

Lapa e Silva (2012) salientam ainda que a transmissão da tuberculose independe da existência de vetores ou outros intermediários e que o contágio se dá geralmente entre pessoas do mesmo ciclo de convivência. Os autores explicam ainda que basta a existência de uma ou duas micobactérias infectantes no aerossol produzido pelo indivíduo infectado para que aconteça a contaminação no seu entorno social desta doença.

Os bacilos são contidos na fala, no espirro e, principalmente na tosse de um doente lançando no ar gotículas, de tamanhos variados. As gotículas mais pesadas se assentam rapidamente no solo, enquanto que as mais leves podem continuar em suspensão por diversas horas. Moreira et al. (2006) referem que existem mecanismos externos do sistema respiratório que contribuem para a proteção contra os bacilos tais como os pelos nasais, a angulação das vias aéreas, o turbilhonamento aéreo e o reflexo da tosse. Somente os núcleos secos das gotículas (Núcleo de Wells), com diâmetro de até 5 μ e um a dois bacilos em suspensão, podem atingir os bronquíolos e alvéolos, e iniciar a multiplicação. As gotículas médias são geralmente retidas pela mucosa do trato respiratório superior e removidas dos brônquios, através do mecanismo mucociliar. Estes bacilos são deglutidos, inativados pelo suco gástrico e eliminados nas fezes. Aqueles bacilos que se depositam nas roupas, lençóis, utensílios de asseio, de alimentação como outros objetos em contato com o doente, dificilmente se dispersarão em aerossóis e por isso, não desempenham papel importante na transmissão da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

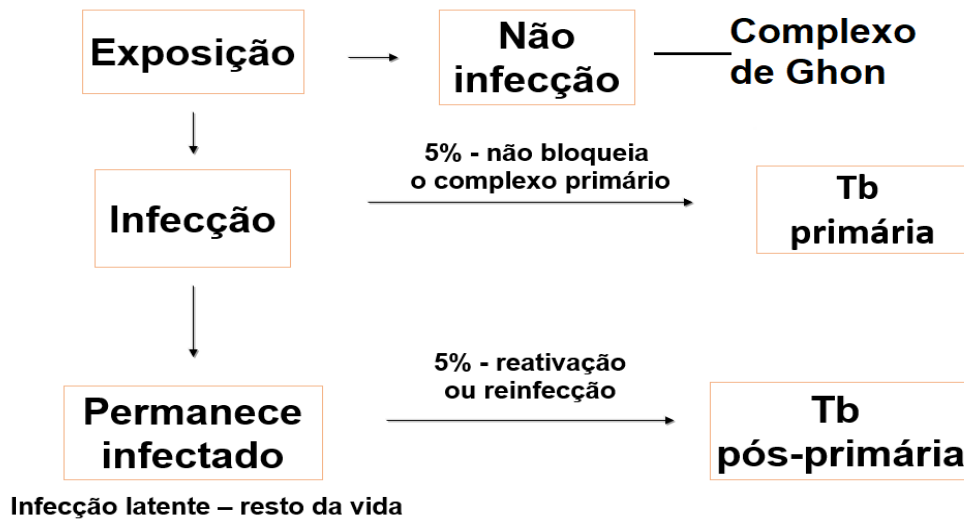
Mesmo assim com esta barreira física, os poucos bacilos que logram fugir da contenção encaram os mecanismos alveolares, sendo o mais importante a fagocitose pelos macrófagos alveolares. Se lograrem escapar desses poderosos mecanismos, os bacilos entram em multiplicação, formando o cancro de inoculação ou complexo de Gohn, a partir do qual se faz a disseminação linfática e a inflamação do gânglio regional, constituindo o chamado complexo primário. A partir da disseminação por via sanguínea, bacilos se alojam em outros órgãos até o aparecimento, em duas a três semanas após o evento inicial, da imunidade adquirida ou adaptativa, na qual a resposta de defesa é especificamente dirigida contra componentes do agente agressor, no caso, o *M. tuberculosis* (LAPA E SILVA, 2012).

Entre os infectados, a probabilidade de adoecer aumenta na presença de imunodepressão, desnutrição, silicose, diabetes, pacientes submetidos à gastrectomia ou bypass intestinal e em usuários de drogas. As reativações de infecções antigas e latentes explicam grande parte dos casos de doença em idosos. A imunidade natural parece ter uma relação diretamente proporcional com a velocidade que o hospedeiro é capaz de adquirir imunidade à doença. Assim, não haveria propriamente uma imunidade “natural”, mas uma imunidade adquirida mais rápida e eficaz e, portanto, capaz de propiciar o controle da infecção, numa fase precoce (BRASIL, 2011).

Dentre os fatores de imunodepressão que levaram ao aumento dos índices mundiais da tuberculose é importante relevar o crescimento de casos da imunodeficiência adquirida (AIDS). O evento novo inserido pelo vírus da AIDS é a probabilidade de as pessoas infectadas pelo vírus serem infectadas do mesmo modo pelo bacilo e desenvolverem a forma ativa da doença. A TB não precisa de vetor para se espalhar, a transmissão se dá de pessoa para a pessoa, os doentes de Tuberculose/HIV+ na forma ativa acabam por transmitir para pessoas que não são HIV+ e que estão em seu meio de convivência, como os profissionais de saúde, família, companheiros de prisão ou de abrigos. Estes acontecimentos colaboraram para que em 1995 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarasse a tuberculose como uma emergência sanitária mundial (LAPA & BOÉCHAT, 2004).

Logo após ter acontecido a infecção, decorrem, em média, quatro a doze semanas para detectar as lesões primárias. Geralmente os novos casos de doença pulmonar ocorre em torno de doze meses após a infecção inicial. O desenvolvimento do quadro clínico estará sujeito, se o indivíduo está sendo infectado pela primeira vez (primo-infecção), ou reinfestado (reinfecção exógena). A expectativa de adoecer numa primo-infecção depende da virulência do bacilo, da fonte infectante e das particularidades genéticas dos indivíduos infectados. Em novo contato, após uma infecção natural ou induzida pela BCG, a resistência dependerá da resposta imunológica (BRASIL, 2005). Na Figura I, se mostra de maneira didática a história natural desta doença.

Figura I: História Natural da Tuberculose



Fonte: Própria 2018.

2.2 Diagnóstico

O diagnóstico definitivo da TB é dado pela identificação dos bacilos do *Mycobacterium tuberculosis* numa amostra biológica através da baciloscopia, da cultura ou de método moleculares, sendo a baciloscopia o método mais comum para o diagnóstico como para o controle do tratamento, sendo esta desenvolvida há mais de cem anos. (FERRI *et al.*, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A baciloscopia direta é um método simples e seguro e deve ser realizado pelos laboratórios públicos da rede de saúde e por aqueles privados que estiverem tecnicamente habilitados. A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR, pelo método de Ziehl-Nielsen, é a técnica mais utilizada no Brasil. A baciloscopia do escarro, sendo realizada corretamente em todas as suas fases, permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar, fato importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos de TB pulmonar bacilífera são os responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão. Este procedimento deve ser solicitado aos pacientes que apresentem: critério de definição de sintomático respiratório (SR) que é a pessoa que apresente tosse com expectoração por três semanas ou mais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002), suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse e suspeita clínica de TB extrapulmonar (exame em materiais biológicos diversos). A baciloscopia de escarro deve ser realizada em, no mínimo, duas amostras: a primeira no momento da

suspeita e outra, independente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, de preferência ao despertar. O resultado do exame de baciloscopia deve de se entregar num prazo máximo de 24 horas. Se houver indícios clínicos e radiológicos de suspeita de TB e as duas amostras de diagnóstico apresentem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais com outras técnicas laboratoriais (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

A pesquisa de cultura para micobactéria é um procedimento de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode elevar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença. A cultura para micobactéria é indicada nos seguintes casos: suspeita clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia negativa em várias oportunidades, suspeitos de TB com amostras paucibacilares (poucos bacilos), suspeitos de TB com dificuldades para obter a amostra (por exemplo, crianças), suspeitos de TB extrapulmonar e casos suspeitos de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas. Os métodos disponíveis para o teste de sensibilidade pelos laboratórios do país são: o método das proporções que utiliza meio sólido e, portanto, tem seu resultado após 42 dias de incubação e os métodos que utilizam o meio líquido, com resultados disponíveis após cinco a treze dias. Os antimicobacterianos testados nos laboratórios de saúde pública são: estreptomina, isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida (BRASIL, 2011).

A radiografia de tórax é um procedimento diagnóstico de grande importância na investigação da TB. Achados radiológicos podem indicar uma suspeita de doença em atividade ou doença no passado, além do tipo e extensão do comprometimento pulmonar. Esse tipo de exame deve ser solicitado para todo paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. No entanto, até 15% dos casos de TB pulmonar não apresentam alterações radiológicas, principalmente pacientes imunodeprimidos. (BURRIL *et al.*, 2007).

É importante ressaltar que a TB se pode manifestar sob diversas apresentações clínicas relacionadas ao órgão agredido, então podem aparecer outros tipos de sintomas, além da tosse, os quais devem de ser estimados na hora da respectiva avaliação médica:

2.2.1 Tuberculose Pulmonar: A qual pode ser primária, secundária ou miliar. Os clássicos sintomas da Tuberculose Pulmonar são: Tosse constante produtiva (presença de muco e eventualmente sangue) ou não, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. A forma primária é mais comum em crianças e geralmente é insidiosa tendo um paciente irritável, com febre baixa, sudorese noturna, falta de apetite e não encontrando achados clínicos de interesse. A forma secundária (ou pós-primária), pode acontecer em qualquer idade, mas é mais comum no adolescente e no adulto jovem, encontrando como principal característica a tosse (seca ou produtiva). Igualmente se nota sudorese noturna, anorexia, febre vespertina sem calafrios, encontrando no exame físico geralmente fácies de doença crônica e emagrecimento, não obstante pessoas em bom estado geral e sem perda de apetite possam ter Tuberculose Pulmonar. Na ausculta pulmonar podem apresentar murmúrio vesicular diminuído, sopro anfórico ou ainda ser normal. A forma miliar (chamada assim pelo aspecto radiológico pulmonar), é uma forma grave da doença se apresentando em um 1% dos casos de Tuberculose. Apresenta-se de forma aguda, sendo mais comum em crianças e adultos jovens, com febre, astenia, emagrecimento e tosse. No exame físico se encontra hepatomegalia, alterações do sistema nervoso central como alterações cutâneas do tipo eritemato-máculo-papulo-vesiculosas.

2.2.2 Tuberculose Extrapulmonar: Os sintomas e sinais dependem dos órgãos e/ou sistemas que foram atingidos. Pacientes imunocomprometidos (AIDS, por exemplo) são os mais susceptíveis. Entre as formas clínicas mais comuns temos: A Tuberculose Pleural, acometendo mais aos jovens, com dor torácica tipo pleurítica, tendo como tríade em 70% dos pacientes astenia, emagrecimento e anorexia como também febre e tosse seca em 60% dos pacientes. A cultura, associada ao exame anatomopatológico do fragmento pleural permite o diagnóstico em até 90% dos casos. A tuberculose ganglionar periférica, mais comum em pacientes HIV soropositivos e em crianças, tem como característica o aumento subagudo, indolor e assimétrico das cadeias ganglionares cervical anterior, posterior e a supra clavicular. O diagnóstico se faz por meio de aspiração ou biópsia ganglionar. A Tuberculose Meningoencefálica, é mais comum em crianças abaixo de 6 anos de idade sendo subaguda ou crônica apresentando cefaleia holocraniana, anorexia, vômitos, irritabilidade, febre e/ou fotofobia podendo comprometer alguns pares cranianos. O

Tuberculoma, sendo um processo expansivo intracraniano, provoca sinais de hipertensão intracraniana. A Tuberculose óssea, mais comum em crianças e nas pessoas entre a quarta e a quinta década. A Tuberculose da coluna (mal de Pott), responsável do 1% de todos os casos de Tuberculose e até do 50% dos casos de Tuberculose óssea, tendo como tríade o quadro clínico: dor lombar, dor à palpação e sudorese noturna.

2.3 Tratamento

A TB é uma enfermidade que pode ser curada praticamente em 100% dos casos novos os quais sejam sensíveis aos medicamentos indicados para o tratamento. Devem ser seguidos os princípios básicos da terapia medicamentosa para assegurar a cura. Sendo assim se evita a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos (BRASIL, 2011).

O Tratamento, que tem como princípios básicos a associação de medicamentos adequados, as doses corretas e o uso destes medicamentos por tempo suficiente é constituído por comprimidos de doses fixas combinadas da Rifampicina (R) 150mg. Isoniazida (H) 75mg. Pirazinamida (Z) 400mg. e Etambutol (E) 275mg.; sendo nos dois primeiros meses RHZE e os quatro seguintes meses RH. Ocorrem variações desse protocolo conforme a presença de comorbidades, gestação, infecção com HIV e resistência as drogas (BRASIL, 2015).

No Brasil, o tratamento da TB é gratuito e garantido a toda a população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Compete aos serviços de saúde fornecer os meios necessários para garantir que toda a pessoa com diagnóstico de TB seja tratada em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

Junto a isto temos o Tratamento Diretamente Observado (TDO ou DOTS, do inglês), que visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura. Conforme protocolo do Ministério da Saúde, o tratamento da tuberculose deve ser supervisionado constantemente através dos agentes comunitários de saúde e da equipe multidisciplinar, para que o paciente complete todas as doses requeridas e não haja desistência ao longo desse tempo. A desistência ao tratamento pode levar a piora do quadro clínico, aparecimento de resistência bacilar as drogas utilizadas e ainda perpetua a transmissão pois o paciente pode não se tornar abacilífero (sem bacilos).

Dentre as recomendações do manual, a cura é apontada como principal fator de controle da doença pois permite interromper a cadeia de transmissão do bacilo. Os princípios básicos para o tratamento já descritos linhas acima, evitam a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos, contribuindo na cura do paciente (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Rocha e Adorno (2012) assinalam dois fatores de relevância essencial a serem discutidos no tratamento de tuberculose. O primeiro deles é surgimento de bactérias multirresistentes aos fármacos usados no tratamento e o segundo o já citado o TDO. Os autores explicam que o abandono no tratamento surge com mais intensidade entre as populações mais vulneráveis. Estas populações, que muitas vezes são de difícil acesso, tendem a interromper o tratamento. Os fármacos utilizados devem ter uso mínimo de seis meses ininterruptos, contudo, os fármacos utilizados no tratamento causam em geral problemas gástricos e outros incômodos, fatores que contribuem para o abandono do tratamento.

Os dois fatores citados pelos autores se relacionam, pois, o abandono do tratamento é descrito constantemente como uma das causas que favorecem o aparecimento de bacilos multirresistentes aos fármacos administrados no tratamento. Os autores apresentam o abandono do tratamento com a ausência do paciente da unidade por 30 dias consecutivos, mas questionam as causas deste abandono. Para Rocha e Adorno, o tratamento é desagradável, extenso e limitativo e a falta de estrutura e de informações recebidas pelos doentes faz com que a criação do vínculo entre paciente e unidade de saúde seja irrealizável. Neste sentido, os autores apontam na mesma direção do Ministério da Saúde afirmando a necessidade de acompanhar o doente e considerar seu contexto social, sistema de valores, crenças e representação de saúde/doença.

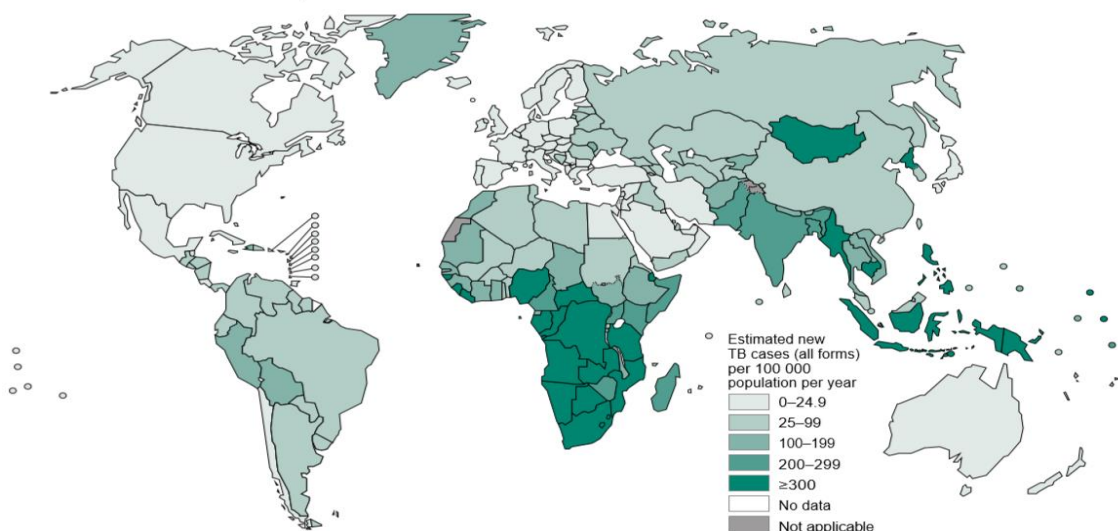
No ponto de vista de Rocha e Adorno (2012), o termo *abandono* leva uma carga de culpabilização do doente, tal fato os faz escolher pelo termo descontinuidade do tratamento, que consideram mais apropriado pois descobriram em sua pesquisa que os pacientes em geral apenas descontinuam o tratamento, retornando ao perceber o agravamento dos sintomas. Outro fator a ser avaliado é a representação que o paciente tem da doença que para a saúde pública a TB é uma doença grave, mas para o próprio paciente tem outra significância. Com o desaparecimento dos

sintomas e sendo o tratamento prolongado, no imaginário do paciente os medicamentos podem parecer desnecessários.

2.4 Cenário Mundial

A TB é o maior problema de saúde no mundo. Ela é a causa de doença em muitos milhões de pessoas por ano, liderando a causa de morte no mundo (Figura II). Em 2015 foi estimado 10,4 milhões de casos novos de Tuberculose dos quais 5,9 milhões (56%) seriam homens, 3,5 milhões (34%) mulheres e aproximadamente 1 milhão crianças. As pessoas HIV-positivas representaram 1,2 milhões (11%) de todos os casos novos de TB. Referindo-se às mortes pela TB, em 2015 se registrou no mundo 1,4 milhões, mais outros 0,4 milhões de mortes por TB em pessoas HIV-positivas dos quais 860,000 eram homens, 450,000 mulheres e 140,000 crianças; números inaceitáveis tendo em consideração que com um adequado diagnóstico e um correto tratamento esta doença pode ser curada. Embora as mortes por TB diminuíssem num 22% entre 2000 e 2015, a TB continuou sendo uma das 10 principais causas mundiais de morte em 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Figura II: Casos Novos de Tuberculose estimados no Mundo por 100,000 habitantes 2015.



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016

Na década de 1970, nos países como Holanda e Estados Unidos de Norte América, a tuberculose apresentava níveis baixíssimos de infecção fato com que muitos especialistas colocassem a tuberculose como em processo de erradicação,

ao menos nos países desenvolvidos. No entanto em 1985, em grande parte por causa do aumento do fluxo migratório (de África, América central e do Sul – concentradores de grandes reservatórios de TB – para os outros continentes) o número de pessoas infectadas no mundo inteiro começa a crescer (LAPA & BOÉCHAT, 2004).

A OMS, considerando a nova era para o controle da TB, redefiniu a classificação de países prioritários para o período 2016 a 2020. Esta nova forma de classificação, é composta por três listas de 30 países cada, segundo as seguintes características epidemiológicas:

1. Carga de Tuberculose.
2. Tuberculose multidroga resistente.
3. Coinfecção TB/HIV.

Existem muitos países que se encontram em mais de uma lista, somando assim um total de 48 países que têm prioridade na abordagem da TB já que eles agrupam 84% dos casos de TB no mundo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O sessenta por cento (60%) dos casos novos no mundo se deu em seis países: Índia, Indonésia, China, Nigéria, Paquistão e África do Sul –nomeados em forma decrescente de número de casos notificados-. Os progressos que se derem no mundo, dependem dos avanços fundamentais na prevenção e na atenção da TB que se produzam nestes países. O ritmo de redução da incidência mundial da TB de 2014 a 2015 se manteve somente num patamar de 1,5%, sendo necessário aumentá-lo a 4,5% anual até 2020 para se alcançar os primeiros objetivos da estratégia “*Fim da Tuberculose*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

“*Fim da Tuberculose*” é uma estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2014, que pede uma redução do 90% das mortes por TB e uma redução do 80% na taxa de incidência para o ano 2030, em comparação com 2015. Isto se encontra dentro os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que a OMS adotou em 2015 para 2030 que dentro de uma das suas metas é pôr fim à epidemia mundial de TB.

Atualmente a Situação Mundial da Tuberculose está fortemente ligada ao aumento da miséria, à inadequada distribuição da renda e a uma veloz urbanização mantendo a pobreza, já que ela atinge à população economicamente ativa quanto às

populações onde o respeito da dignidade e dos direitos humanos é escasso como os grupos e comunidades marginados e outras populações vulneráveis (HIJJAR, OLIVEIRA E TEIXEIRA, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Graças ao tratamento para a TB, se evitaram 49 milhões de mortes entre 2000 e 2015, mas ainda existem dificuldades diagnósticas e terapêuticas notáveis. Em 2015 foram 6,1 milhões de novos casos de TB informados à OMS. Os casos de TB notificados aumentaram de 2013 a 2015, devido principalmente ao aumento de 34% das notificações procedentes da Índia. Não obstante, a nível mundial teve uma defasagem de 4,3 milhões entre os casos incidentes e os casos notificados (quer dizer 10,4 milhões menos 6,1 milhões) sendo que praticamente a metade este desfase teve lugar na Índia, Indonésia e Nigéria. Em 2015 o 55% dos casos de TB notificados tinham resultados positivos documentados para HIV; a proporção dos pacientes com TB soropositivos para HIV em tratamento com antirretrovirais foi de 78%. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

No ano de 2016 foi investido \$ 6600 bilhões (seis bilhões e seis centos milhões) para a prevenção e a atenção da TB nos países com Renda Nacional Bruta (RNB) baixa e média, sendo 84% desse gasto, procedentes de fontes nacionais. Porém os programas nacionais de TB dos países de RNB baixa seguem dependendo das doações internacionais para obter quase o 90% do seu financiamento. As inversões nos países de RNB baixa e média, ficam quase em \$ 2000 bilhões (dois bilhões) menos dos \$ 8300 bilhões (oito bilhões e trezentos milhões) necessários para 2016; este déficit anual aumentará até os \$ 6000 bilhões (seis bilhões) em 2020 se não houver aumento no financiamento atual. Igualmente é necessário melhorar o financiamento sanitário em forma geral: em 2014 os gastos do governo na saúde foram inferiores ao valor referencial estabelecido pela OMS (mínimo do 6% do produto interno bruto) em 150 países. Os gastos diretos superaram o 45% dos gastos sanitários totais em 46 países, entre eles 11 dos 30 com maior taxa de TB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

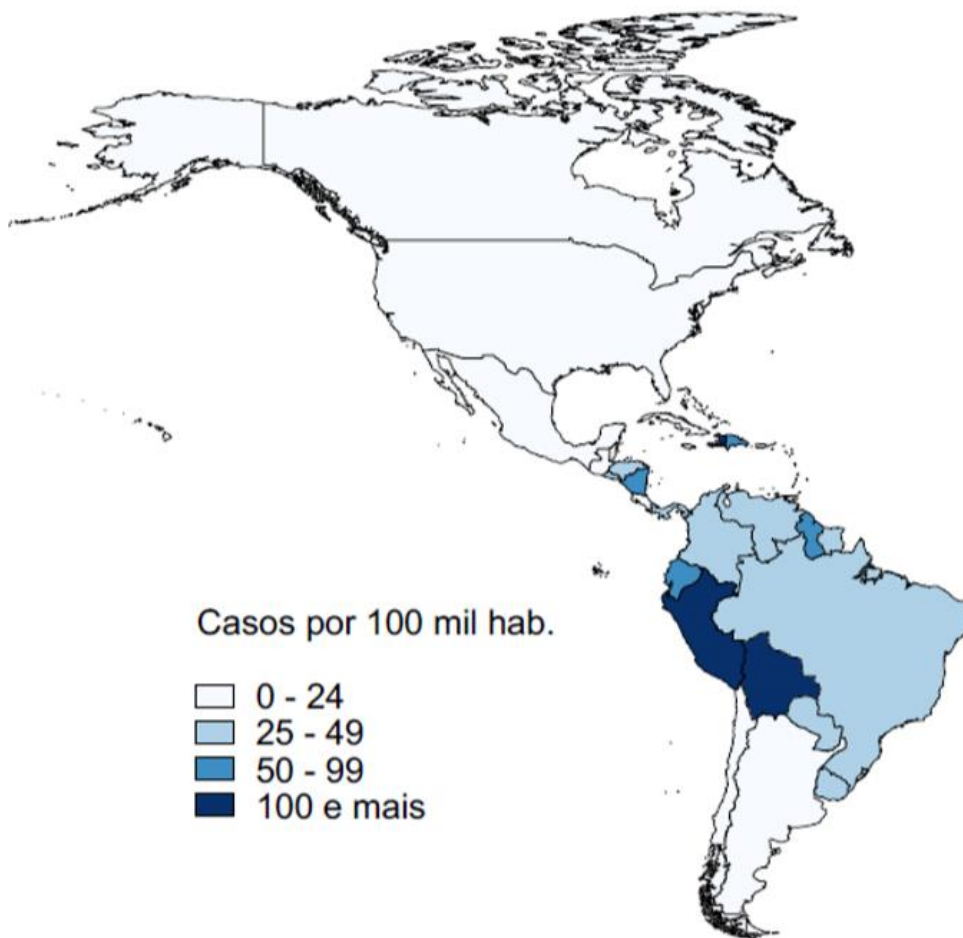
2.5 Cenário nas Américas

Nas Américas no ano de 2015 estimou-se 268.500 doentes de TB (Figura III), tendo uma taxa de incidência de 27,1 por 100.000 habitantes. Houve 18.500 mortes pela TB *per se* e 5.900 mortes pela associação TB/HIV. Comparando as notificações de 218.700 doentes de TB e uma taxa de incidência de 22,1 por 100.000 habitantes,

observa-se uma brecha ou lacuna de notificação de 49.774 doentes. (Gráfico I), sendo 93% desta lacuna o correspondente a 12 países (Gráfico II).

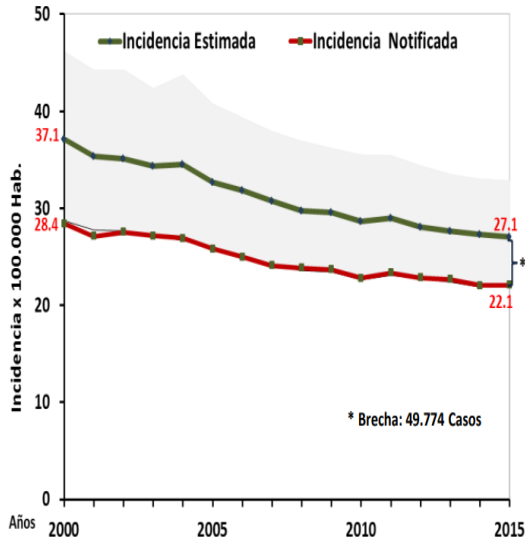
Igualmente se pode apontar que nas Américas, existem 16 países que estão acima da média regional (27,1/100 mil habitantes) sendo Haiti o primeiro país na lista com 196,1/ 100 hab. (Gráfico III).

Figura III: Coeficiente de Incidência de Tuberculose nas Américas ano 2015



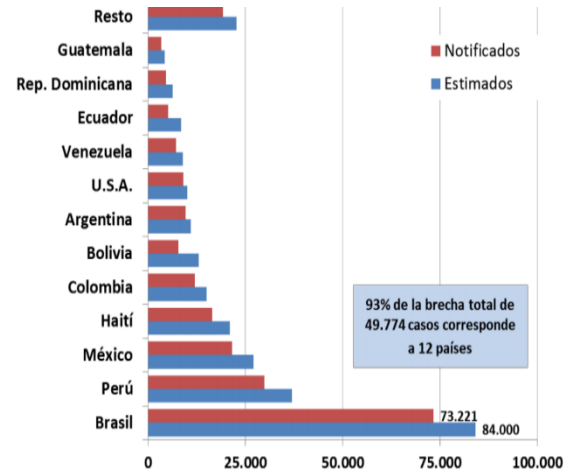
Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016

Gráfico I: Incidência de TB estimados por 100,000 habitantes 2000-2015 nas Américas



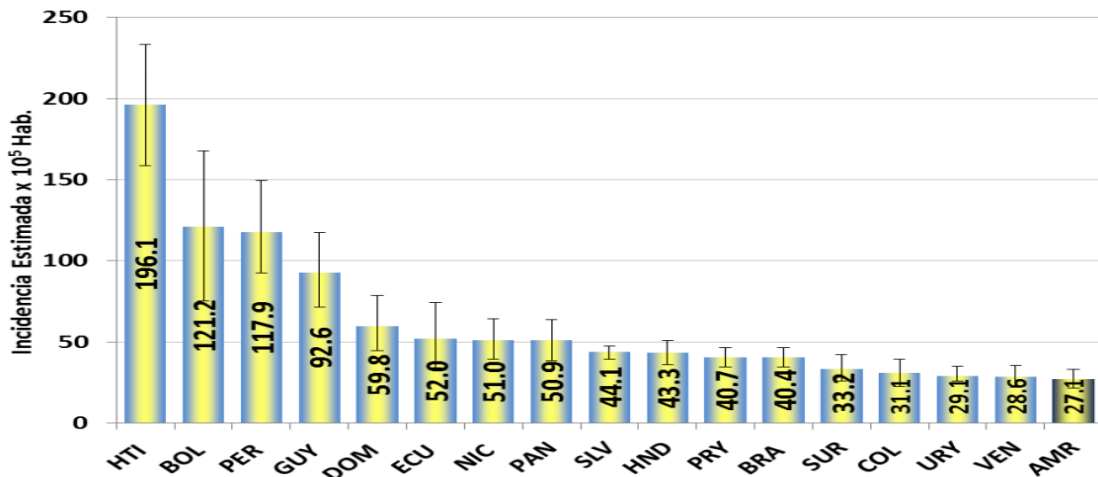
Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016

Gráfico II: Comparação dos pacientes notificados e estimados por países nas Américas 2015



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016

Gráfico III: Países com incidência de Tuberculose estimada superior à média regional nas Américas 2015.



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016

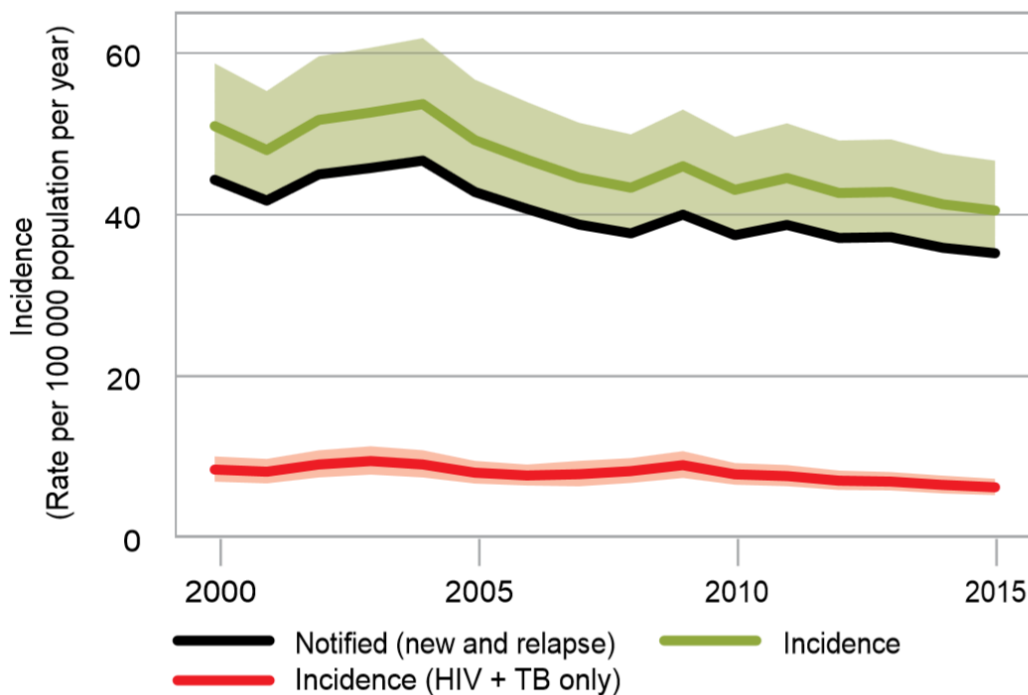
2.6 Cenário no Brasil

O Brasil tem papel importante no enfrentamento da tuberculose na região das Américas e ainda partilha de algumas características comuns à região, tais como alto índice de urbanização, grande disparidade social e heterogeneidade étnica e cultural. Há algumas características que auxiliam a compreender a capacidade da resposta brasileira: Possui o segundo maior PIB entre os países das Américas, perdendo apenas para os Estados Unidos da América; ocupa a 15ª posição no

ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os países americanos; ocupa a 5ª posição entre os países com a maior renda per capita na América do Sul; dentre os países da América Latina, ocupa a 6ª posição em relação à expectativa de vida (BRASIL, 2017a).

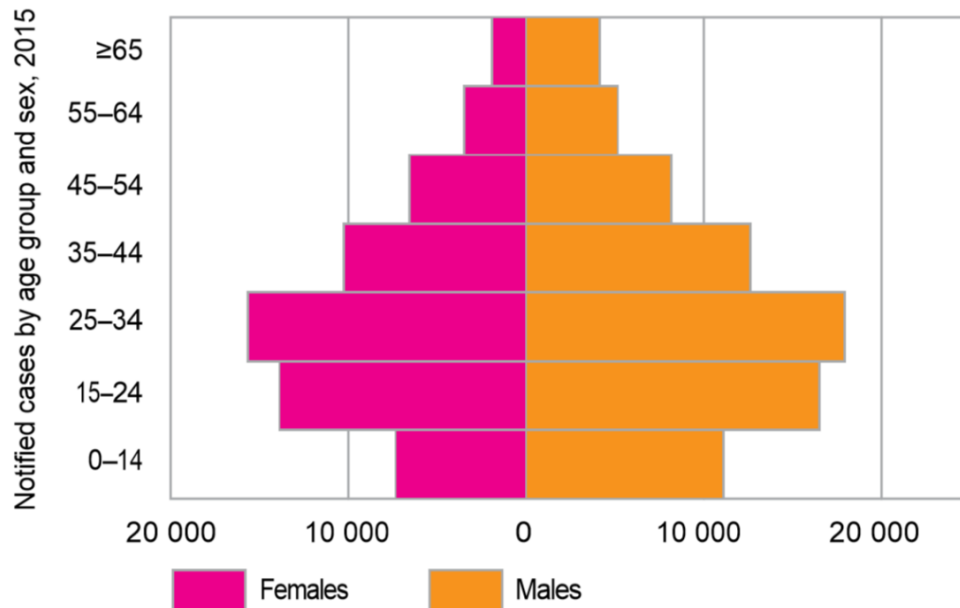
O Brasil dentro da definição dos países prioritários para o controle da TB, se encontra em duas de estas listas prioritárias, ocupando a posição vigésima na Carga de TB e décimo nona posição no que se refere à Coinfecção TB/HIV, que representam em forma geral um 0,9% dos casos estimados no mundo e um 33% dos estimados para as Américas (Gráfico IV). No país no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados aproximadamente 73 mil casos novos de TB por ano e em 2013 ocorreram 4.577 óbitos. No ano de 2015 foram notificados um total de 81,137 casos de TB sendo aproximadamente 68% homens e 32% mulheres tendo-se uma mortalidade estimada de 2.7 por 100,000 habitantes. (Gráfico V) (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Gráfico IV: Incidência Tuberculose no Brasil estimado 100000 habitantes por ano



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016

Gráfico V: Casos Notificados de Tuberculose por grupos de idade e sexo 2015 no Brasil



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016

De acordo com as listas de países prioritários para o controle da TB elaboradas pela OMS (listas já descritas na seção Cenário Mundial), além do Perú que se encontra na lista dos países com Tuberculose multidroga resistente, o Brasil é o único país das Américas que se encontra em duas listas destes países prioritários (Carga de Tuberculose e Coinfecção TB/HIV).

Um avanço apontado pelo Ministério da saúde está a diminuição do coeficiente de mortalidade por tuberculose que reduziu de 3,1 em 2001 para 2,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2014. Um dos fatores apontados pelo Ministério para o alcance das metas propostas pelo Plano Nacional para 2035 é a diminuição do nível de abandono ao tratamento, ou seja, se mais pessoas diagnosticadas abandonarem o tratamento, a tendência é aumentar o número de óbitos. A meta do Plano Nacional é de 1,2 óbitos por 100 mil habitantes em 2035. Caso haja diminuição progressiva do índice de abandono (a meta é atingir 5% de abandono ao tratamento apenas), em 2035 o coeficiente pode atingir 0,9/100 mil habitantes, neste caso, num período de 21 anos 7.092 mortes seriam evitadas (BRASIL, 2017a).

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose dividiu o Brasil em cenários baseados em indicadores socioeconômicos relacionados ao coeficiente de incidência de

tuberculose e também aos indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados ao coeficiente de incidência de tuberculose. Dos primeiros indicadores, as regiões sul, sudeste e centro-oeste registraram melhores índices enquanto norte e nordeste ficaram com os piores indicadores socioeconômicos. Dentre os estados com maior risco de infecção de TB, o Amazonas registra o maior coeficiente (71,9/100 mil hab.) enquanto Tocantins registra o menor (11,1/100 mil hab.). Em relação a mortalidade, Rio de Janeiro e Pernambuco são os maiores em relação a índice de mortalidade (5,0 e 4,5 óbitos por tuberculose /100 mil hab. respectivamente) e Tocantins o menor (0,5 óbitos por tuberculose /100 mil hab.) (BRASIL, 2017a).

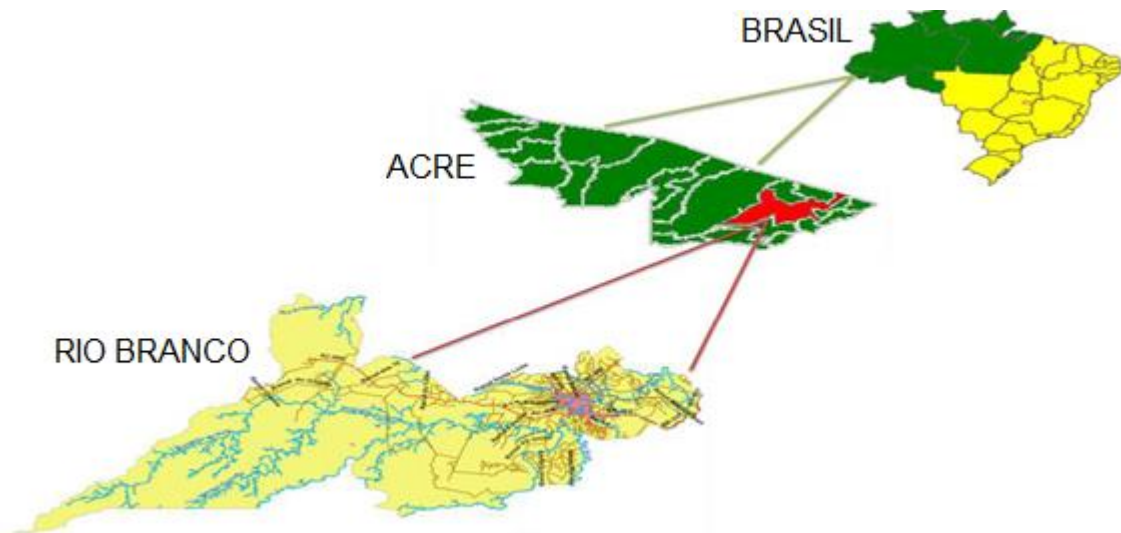
Na Região Norte do Brasil temos um coeficiente de incidência da TB de 41,8/100 mil hab. e um coeficiente de mortalidade por TB de 2,3/100 mil hab. comparado com os dados do Brasil que são 32,4/100 mil hab. e 2,2/100 mil hab. respectivamente persistindo com seus índices insatisfatórios no que diz respeito à cura (67,0 %) e ao abandono do tratamento (9.9%) (BRASIL, 2017b).

2.7 Cenário no Estado do Acre

O Plano Nacional pelo fim da tuberculose, divide em vários cenários os estados do Brasil. O Estado do Acre (Figura IV) está classificado como “*de baixos indicadores socioeconômicos associados ao coeficiente de incidência de tuberculose*”. A maior parte do estado integra o cenário 2.3 do plano que indica as regiões que apresentam em média o maior coeficiente de incidência de aids dos municípios que compõem o cenário 2 e o segundo maior coeficiente de mortalidade por tuberculose entre todos os subcenários. Aproximadamente, em média, 80% dos casos novos curaram e 8,2% abandonaram ao tratamento (BRASIL, 2017a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) indica um aumento de coeficiente entre os anos de 2006 e 2014, saindo de 39,8/100mil hab. para 49,7/100mil hab. Em 2015, no entanto, segundo o boletim epidemiológico de tuberculose de 2016, o Acre apresentou diminuição de coeficiente de incidência registrando 34,5/100 mil hab., permanecendo abaixo do coeficiente da região norte do país (37,4/100 mil hab.) e já no ano de 2016 esta mesma fonte de dados refere que o Acre apresenta um coeficiente de incidência de 41,4/100 mil hab. (BRASIL, 2007b).

Figura IV : Localização Geográfica do Estado do Acre e sua Capital Rio Branco



Fonte: Adaptado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do Brasil.

Aparecem no mesmo boletim epidemiológico (BRASIL, 2016b) dados positivos em relação à cura da doença, que, como já citado, é o principal fator para controle da mortalidade. O índice de cura fora registrado em 89,5%, ou seja, acima dos 85% indicado pela OMS, enquanto o de abandono do tratamento permaneceu em 3,6%, abaixo dos 5% exigidos pela mesma organização sendo um pouco menos alentadores os do ano seguinte onde refere que apesar de todo o esforço empregado para a melhoria da qualidade desses programas, alguns resultados como a proporção de cura e de abandono de tratamento entre os casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial, ainda estão abaixo do esperado para o êxito da obtenção da meta de eliminação da tuberculose como problema de saúde pública tendo como indicadores 84,8% de cura de casos novos de TB com confirmação laboratorial, e do abandono foi de 4,2% (BRASIL, 2017b).

Em 2014, no Acre, foram registrados 19 óbitos por tuberculose, fazendo um coeficiente de mortalidade de 2,4/100.000 habitantes. No total desses óbitos, a forma pulmonar representou 84,2%. A unidade federada apresentou ainda nove óbitos nos quais a tuberculose surge como causa associada e, desse total, cinco (55,6%) apresentaram a aids como causa básica (BRASIL, 2016).

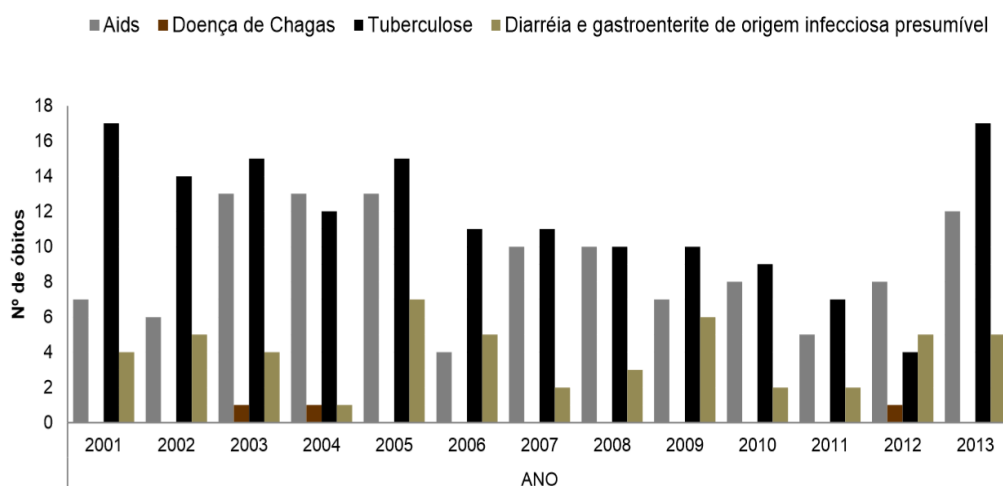
Dos 19 óbitos registrados em 2014, 13 ocorreram com pessoas do sexo masculino (3,3/100 mil hab.) e 6 com pessoas do sexo feminino (1,5/100 mil hab.). O

coeficiente mais alto de óbitos encontra-se entre os doentes com mais de 60 anos, que somaram coeficiente de 14/100 mil hab., com total de 7 mortes. Entre a população entre 15 e 59 anos o coeficiente fora registrado em 2,1/100 mil hab. com 10 óbitos e entre os doentes de 0 a 14 anos fora registrado o menor coeficiente com 0,8/100mil hab. com 2 mortes registradas (BRASIL, 2016).

Na capital Rio Branco (Figura IV), os registros não são tão diferentes. Existe um estudo recente (SILVA, A.G.S. & MARTINS, D.A.; 2016) no qual se faz um levantamento de dados do Sistema de Agravos de Notificação Nacional (SINAN) nacional dos casos de TB registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 2001 a 2013. Neste estudo se mostra que a TB é uma das principais causas de morte no município por doenças infecciosas e parasitárias (Gráfico VI).

Igualmente no ano de 2013 onde a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco lança o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (Prefeitura Municipal de Rio Branco, 2013), e dentro das doenças transmissíveis coloca muito ênfase em primeiro lugar a TB, onde faz referência ainda aos altos números de incidência da doença se comparados da média do Brasil.

Gráfico VI: Números de óbitos por Principais Doenças Infecciosas e Parasitárias em Rio Branco - Acre



Fonte: SILVA, A.G.S & MARTINS, D.A.; 2016.

3 JUSTIFICATIVA

Um anseio atual é aumentar a adesão ao tratamento da TB, procurando a diminuição da proporção de abandono e maior eficiência do tratamento da TB, vigiando a ocorrência de casos resistentes ao tratamento visto a dificuldade de conseguir o percentual satisfatório de cura nos últimos anos. A orientação da OMS é a obtenção de menos de 5% de abandono e de 85% de cura entre os casos de TB pulmonar bacilífera, somado à taxa de detecção maior que 70%, para que os países consigam alcançar quedas na incidência de 5% a 10% ao ano. A qualificação das informações obtidas dos sistemas de informação é essencial para obter respostas mais autênticas em relação à situação epidemiológica da TB. Além do mais, estudos para avaliar os fatores associados ao abandono, levando em consideração fatores individuais e do contexto onde vivem os indivíduos acometidos pela doença são de extrema importância para poder atingir as metas propostas para uma apropriada queda nos índices dela.

4 OBJETIVOS:

4.1 Objetivo Geral:

- Identificar os fatores associados ao abandono do tratamento de Tuberculose no Município de Rio Branco – Acre nos pacientes notificados no ano de 2016.

4.2 Objetivos Específicos:

- Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com Tuberculose no Município de Rio Branco em 2016.

- Verificar as formas clinica dos pacientes com tuberculose diagnosticada em 2016.

- Comparar o preenchimento da ficha de notificação com o digitado no sistema de dados SINAN.

5 METODOLOGIA

5.1 Área de Estudo:

O estudo foi realizado no Município de Rio Branco – Acre, conhecida como a capital mais Ocidental do Brasil, localizado no extremo oeste da região Amazônica brasileira. Este município, com 8.835,541 mil km² e com uma densidade demográfica de 38,03 hab./km² é limitado pelos municípios de Bujari, Capixaba, Porto Acre, Senador Guimard, Sena Madureira e Xapuri. Rio Branco tinha uma população de 336.038 habitantes em 2010 (uma estimativa de 370.550 habitantes para o ano 2015) distribuídos em zonas urbanas (91,8%), rurais ou ribeirinhas (8,2%). A sede do município está localizada a 3.030 km da capital Brasileira (IBGE, 2016).

5.2 Tipos de Estudo:

Estudo Transversal realizado com dados secundários em pacientes com diagnóstico de tuberculose e que foram notificados em 2016.

5.3 Fonte de dados:

Utilizou-se o SINAN como a fonte de dados para os casos de TB notificados no ano de 2016 no Município de Rio Branco-Acre. Neste sistema de informação é onde se registram todos os casos confirmados desta doença notificados pelos profissionais da saúde. Foi utilizado também a ficha de notificação e o prontuário dos pacientes os quais foram comparados com os dados do SINAN. (Anexo A e Anexo B).

5.4 População de Estudo:

A população de estudo foi constituída por todos os casos de TB de qualquer forma clínica notificados no SINAN, no ano de 2016 no Município de Rio Branco. Estes dados foram obtidos no Setor de Vigilância Epidemiológica do Município, a qual é alimentada semanalmente pelos próprios funcionários do setor. Para análise da variável desfecho, foram excluídos os pacientes que evoluíram para óbito e os pacientes com situação de encerramento de transferência.

5.5 Critérios de Inclusão e de Exclusão:

- Critério de Inclusão: Todos os indivíduos com TB notificados no Setor de Vigilância Epidemiológica do Município de Rio Branco, no ano de 2016.
- Critério de Exclusão: Pacientes que foram suspensos do tratamento devido à mudança de diagnóstico (casos encerrados no SINAN).

5.6 Definições Operacionais:

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 TB.

Caso Novo: O doente com TB que nunca se submeteu ao tratamento antituberculoso, fez uso de tuberculostáticos por menos de 30 dias, ou submeteu-se ao tratamento para tuberculose há cinco anos ou mais.

Caso Recidiva: Considerou-se todo aquele em que houve desenvolvimento de Tuberculose pulmonar bacilífera após 30 dias ou mais da alta por cura.

Caso Transferência: Logo após de entrar no tratamento é transferido a outro município, estado ou país.

Óbito: Aquele que durante o tempo de tratamento específico morrer, seja pela doença em estudo ou por outras causas.

Paciente que continua com o tratamento específico: Aquele que ao início deste estudo continua ainda no tratamento de Tuberculose.

População Especial: são aqueles pacientes Privados de Liberdade, em Situação de Rua, Profissional de Saúde, Imigrante e Indígena.

Abandono de tratamento: Quando o doente deixa de apresentar-se à Unidade de Saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para o seu regresso. No tratamento supervisionado, o prazo é de 30 dias contados a partir da última tomada da droga

5.7 Análise Estatística:

O banco de dados foi inicialmente criado no Programa Microsoft Office Excel 2016 a partir dos dados obtidos no SINAN e dos da ficha de notificação e prontuário, criando planilhas com as características dos pacientes. Os dados do SINAN foram comparados com os descritos na ficha de notificação, os dos prontuários do paciente e do Laboratório Central do Estado. Posteriormente foi transportado e armazenado no programa estatístico IBM SPSS 20.0. Foram feitas análises descritivas das características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes com TB, com cálculo de frequências e de tendência central como a média, mediana e desvio padrão.

Para comparação das proporções dos pacientes que abandonaram o tratamento com os que não abandonaram e para os fatores associados ao abandono as variáveis de interesse foram recodificadas em duas variáveis categóricas e aplicado os testes do qui-quadrado de *Pearson* e o exato de *Fischer* para as variáveis categóricas e, para variáveis contínuas, o teste *Kruskal-Wallis*. Para verificar os fatores associados ao abandono foi utilizado a razão de prevalência (RP).

5.8 Aspectos Éticos:

O projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre o dia 15 de julho de 2016 tendo parecer de aprovado o dia 04 de novembro de 2016 com o número 1.806.312

Para solicitação das bases de dados utilizadas do SINAN, foi preenchido o Termo de responsabilidade que traz algumas considerações relacionadas à não divulgação ou realização de práticas que possam comprometer a integralidade da base de dados, bem como a tomada de decisões sobre a identidade das pessoas doentes ou falecidas diante da cessão das bases de dados nominais de sistemas de informação gerenciados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Município de Rio Branco (Anexo C).

Igualmente foi assinado um termo de responsabilidade perante a Coordenação de Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Rio Branco para a visita de todos os módulos, centro de saúde, URAP e outros relacionados para poder realizar a coleção de dados do estudo dos prontuários dos pacientes (Anexo D).

Da presente dissertação originou-se um artigo (Apêndice A) o qual foi submetido à Revista de Saúde Pública (Anexo E).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO GERAL DO ESTUDO

Dos 321 pacientes notificados com diagnóstico de TB, a média de idade foi de 34,5 (DP± 15,2) e mediana de 31 anos, com predomínio na faixa etária de 10 a 49 anos em ambos os sexos (Gráfico 01), sendo 71% (228/321) do sexo masculino (Gráfico 02), 78,2% (151/321) se autodenominaram pardos (Gráfico 03) e 87,2% (280/321) residiam na área urbana.

Gráfico 01: Frequência dos Pacientes com Tuberculose Notificados no ano de 2016 segundo Faixa Etária e Sexo em Rio Branco – Acre

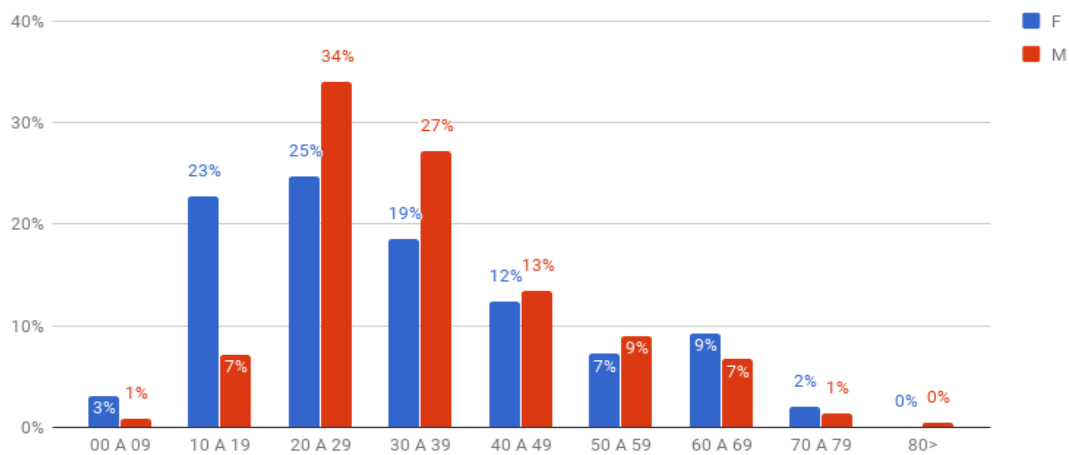


Gráfico 02: Percentual de pacientes com Tuberculose Notificados no ano de 2016 segundo sexo em Rio Branco – Acre

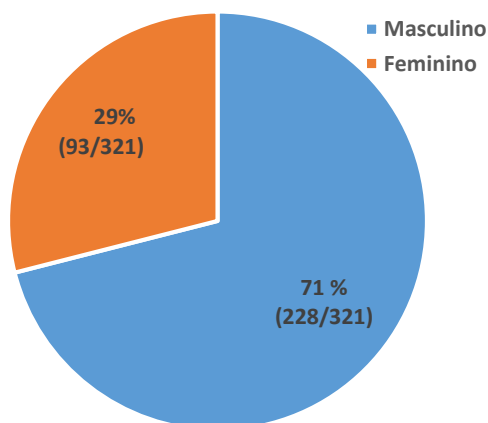
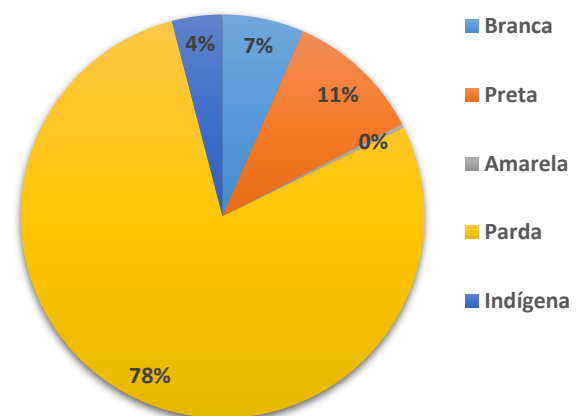


Gráfico 03: Percentual de Pacientes com Tuberculose Notificados no ano de 2016 segundo Raça em Rio Branco – Acre.



A maior frequência no sexo masculino, com uma relação de 2,44 para 1 é semelhante aos encontrados em outros estudos, como de SANTO *et al.* (2009); onde foram identificadas 156 fichas de notificação para Tuberculose confirmada no período de 2000 a 2006 das quais 67,9% (106/156) eram homens; a do PAIXÃO & GONTIJO (2007) onde foram descritos 178 casos de tuberculose notificados na Regional Oeste de Belo Horizonte, em 2001-2002 com predomínio do sexo masculino (64%) e do Barbero, Hernandez e Carretero (2009) que de 296 pacientes notificados no ano 2013, 66,2% (196/296) eram do sexo masculino. Nas pesquisas sugerem que esta diferença se deve ao fato de que os pacientes do sexo masculino estão mais expostos a riscos como frequentar lugares onde existe maior concentração de pessoas tipo bares, estádios, centros de trabalhos, uma dieta menos equilibrada, ingestão de bebidas alcoólicas sem deixar de mencionar na falha da consulta médica regular.

O predomínio dos casos de Tuberculose a partir da faixa etária de 10 a 19 anos com maior pico entre 20 a 29 anos e 30 a 39 anos para ambos sexos são semelhantes aos encontrados por LOPES *et al.* (2004), onde dos 2406 pacientes notificados durante os anos 1995-2001, o 56% (1,347) dos pacientes acometidos estão na faixa etária entre 20-49 anos; JESUS *et al.* (2012) onde se constatou que de 661 pacientes o 52% se encontram nesta mesma faixa etária; FREIRE (2014), que de 1.037 casos de Tuberculose, o 42% estão na faixa etária de 20 a 39 anos. Refletindo que nessa faixa etária descrita de maior pico, justamente é aquela onde o indivíduo encontra-se em maior contato com o seu entorno social, seja no estudo, lazer e principalmente no seu centro de trabalho, sendo assim a Tuberculose atinge em principalmente à população de adultos jovens que representam o setor mais produtivo da sociedade.

Foi observado que no sexo feminino a maior prevalência de casos de TB ocorreu nos extremos da vida. Embora na literatura não exista uma explicação para uma frequência maior de TB no sexo feminino nos extremos da vida, o mesmo poderia estar relacionado com a sua permanência no lar ou por questões culturais ou de necessidade familiar, o que aumentaria a exposição do contato com o portador de TB (Ela cuida do doente, prepara os alimentos, serve de companhia, organiza a casa entre outros afazeres domésticos).

Em relação à raça, 78% (251/321) se autodenominaram Pardos, o que não difere do que é encontrado na literatura (FREIRE, 2014; VIANA, 2014). Este dado conjectura que a determinação de se autodenominar Pardo pode ser mais geral e cômoda para o indivíduo como também que a raça Parda aqui no Brasil é referida as ascendências étnicas variadas que os indivíduos apresentam a qual está ligada a um atributo comum à população brasileira que de modo geral apresenta esta característica. Cabe lembrar que na hora de realizar o cadastro, o indivíduo é quem se autodenomina qual é a sua raça e não o quem preenche a ficha. Quanto aos indígenas, a baixa prevalência (4%) neste estudo é explicada pelo fato de que embora eles sejam atendidos nas unidades de saúde neste município eles são notificados no seu município de residência, sendo pacientes que pelas suas próprias peculiaridades de vida, não necessariamente permanecem na sua aldeia ou município de residência.

Em relação ao lugar de moradia, 85% (273/321) referem residir na área urbana, valor semelhante ao encontrado por VIANA (2014), onde observou que 66,3% dos pacientes estudados eram provenientes da zona urbana. Esta diferença entre a zona urbana e rural, pode ser explicada pelo fato que os moradores da zona rural do nosso município preferem, pela facilidade logística, se cadastrar nas Unidades de Saúde com o endereço de um parente da zona urbana, como também do valor baixo (4%) da população periurbana devido à inadequada demarcação e/ou informação territorial entre zona urbana e periurbana, já que como é sabido o nosso Município, que é capital do Estado, encontra-se em permanente crescimento populacional, o qual em muitas oportunidades acontece de forma inadequada e rápida devida a imigração constante de pessoas do interior do Estado, para que na Capital Rio Branco, possam obter uma melhor qualidade de vida que nos seus municípios de origem possivelmente não a possuem, ocasionando além da superpopulação, um desordem habitacional, dando como um dos resultados a imprópria delimitação dos territórios.

No que concerne às características clínicas do paciente, 83% (267/321) foram notificados como casos novos (Gráfico 04), 89% (287/321) apresentaram a forma clínica pulmonar (Gráfico 05), dentre as formas clínicas extrapulmonares (34) 79.4% (27/34) eram pleurais. Quanto à situação de encerramento, 80% (257/321) evoluíram para cura. (Gráfico 06).

Gráfico 04: Total de Pacientes Notificados com Tuberculose 2016 segundo tipo de entrada. Rio Branco – Acre.

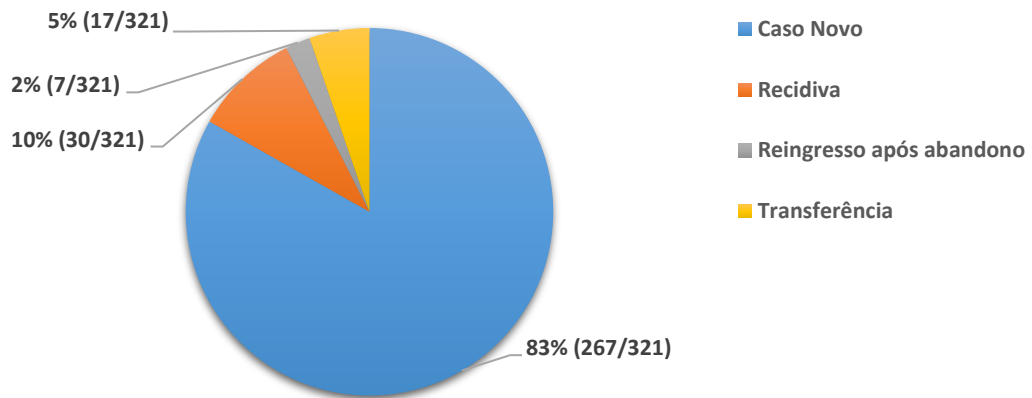


Gráfico 05: Total de Pacientes Notificados com Tuberculose 2016 segundo Forma Clínica. Rio Branco – Acre.

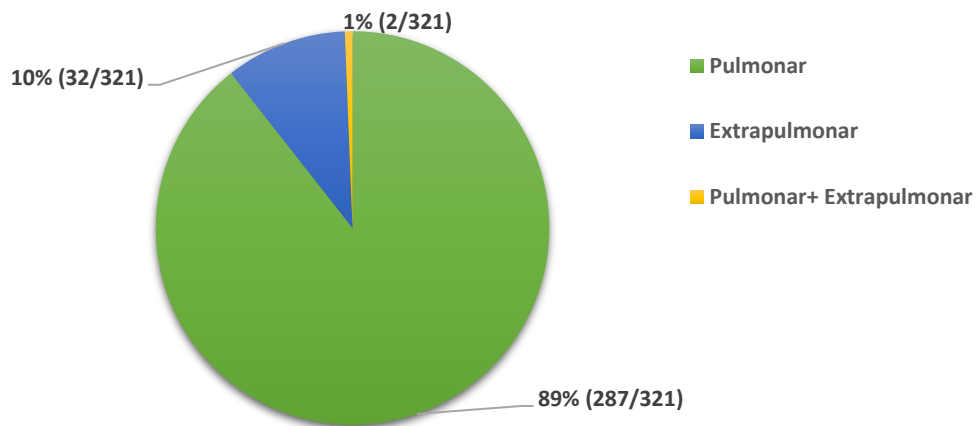
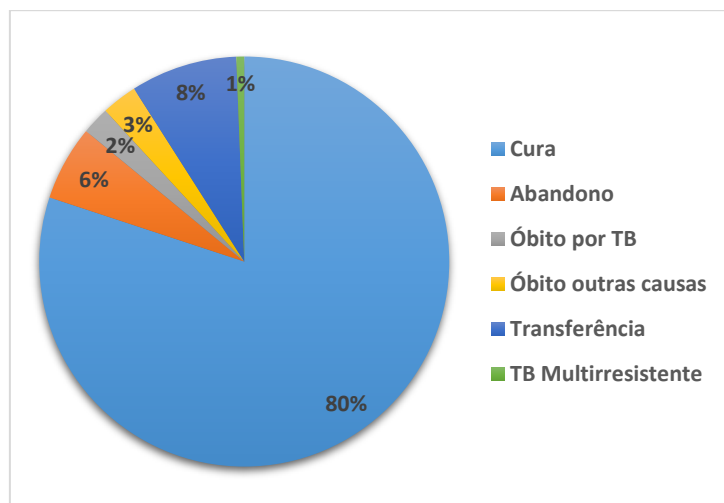


Gráfico 06: Situação de Encerramento Pacientes Notificados Tuberculose 2016. Rio Branco – Acre.



O maior porcentual de casos novos e recidivas encontrados neste estudo são semelhantes ao encontrado por VENTURA (2001), que de 1259 pacientes notificados de Tuberculose entre os anos de 1993 a 1998 na Regional de Saúde de Botucatu - São Paulo, 86,7% (1.091/1259) foram casos novos e 6,4% (81/1259) de recidivas. Estas recidivas têm como causa principal a desistência do tratamento por parte do paciente principalmente por não se adequarem ao tratamento ou pelas reações adversas dos medicamentos.

O resultado deste estudo em relação à forma clínica, não difere do que é encontrado em outras pesquisas como em Lopes (2004), onde a forma pulmonar é a mais frequente 90% (2169/2406); em Ventura (2001) foi de 80,4% (878/1092) igualmente a forma pulmonar; no estudo de Barbosa & Cosme (2013) com uma população de 41.832 casos novos de Tuberculose na Região Norte do Brasil entre os anos de 2005 a 2010, 84,9% foram classificados clinicamente como da forma pulmonar e no estudo de Caylà (2009), de uma população de 1490 casos notificados de tuberculose, 83,8% (872) foram de localização pulmonar. Isto é devido a que o desenvolvimento e reprodução do bacilo é melhor e mais rápido em lugares do corpo com mais oxigênio.

Dentre as formas extrapulmonares 10% (32), a mais encontrada foi a pleural 76,5% (24), prevalência similar à literatura: Capone *et al.* (2016) no seu artigo de revisão sobre Tuberculose extrapulmonar faz referência que a Tuberculose Pleural é a forma mais comum, correspondendo à principal causa de derrame pleural no nosso meio; Soares *et al.* (2007) dos 57.015 casos novos de todas as formas de tuberculose no território de Pernambuco, 13,7% (7.813/57.015) foram diagnosticados clinicamente como forma extrapulmonar e destes o 44,2% (3.458/7.813) eram da forma pleural, como também Gomes (2013) na sua pesquisa realizada no Brasil, no estado do Espírito Santo e na cidade de Vitória entre 2007 e 2011 se encontra que de 53.853 casos notificados de Tuberculose extrapulmonar, 42% (22.618/53.853) foram da forma pleural.

6.2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO AO ABANDONO

Para verificar os fatores associados ao abandono foram excluídos os pacientes que foram a óbito pela doença (7) e por outras causas (9), os que foram transferidos (27), e aqueles com tratamento por TB multirresistente (2) restando 276 sendo que destes, 93% (257/276) evoluíram para cura e 7% (19/276) abandonaram o tratamento (Gráfico 07) sendo mais frequente no sexo masculino 8,4% (17/201) (Gráfico 08). Dos 19 pacientes que abandonaram o tratamento o 89% (17/19) foi do masculino (Gráfico 09).

Gráfico 07: Situação de Encerramento Pacientes Notificados Tuberculose 2016 segundo relação Cura – Abandono. Rio Branco – Acre.

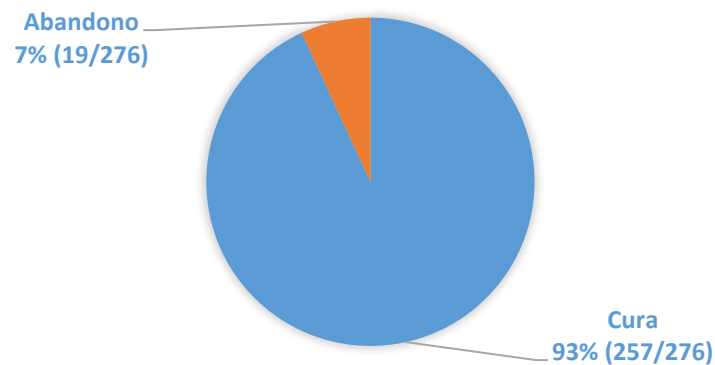


Gráfico 08: Características dos paciente0s de acordo com a situação de encerramento segundo sexo Rio Branco - Acre 2016.

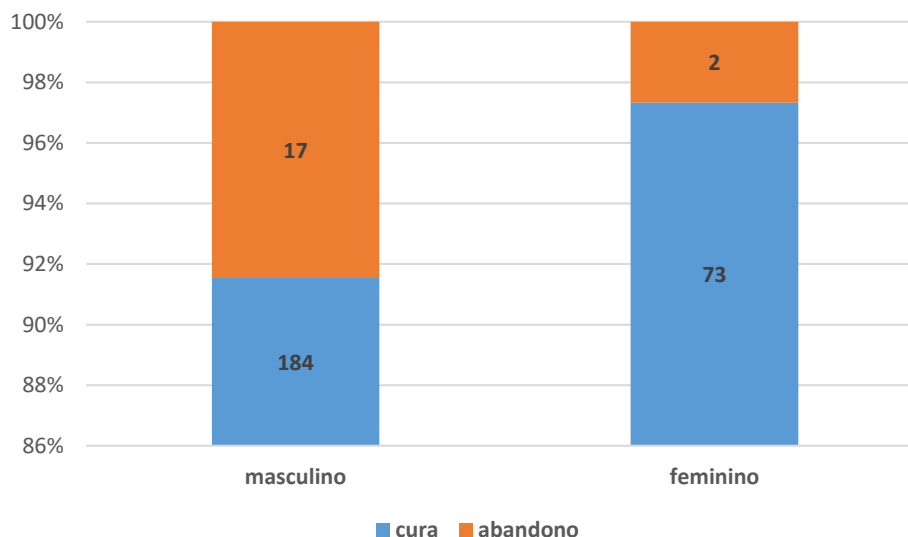
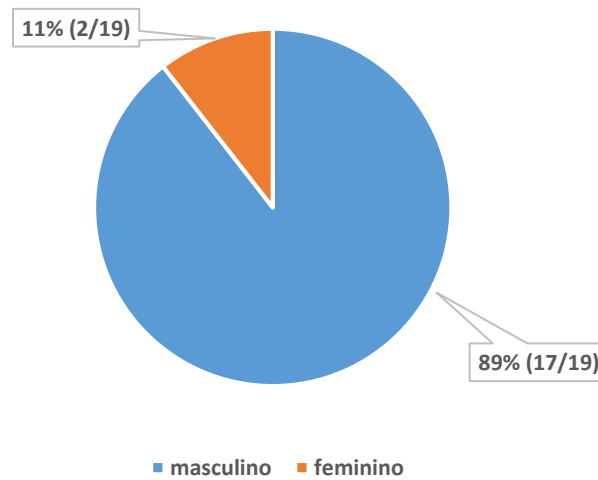


Gráfico 09: Características dos pacientes que abandonaram o tratamento segundo sexo. Rio Branco Acre 2016



Embora a taxa de abandono do tratamento encontrada neste estudo (7%) seja maior do valor máximo tolerável pela OMS (5%), foi menor do que taxa encontrada no Brasil (11,3%) (BRASIL, 2017a). Ao comparar com estudos realizados no Brasil, encontramos taxas de abandono muito variáveis como em Montes Claros (JESUS *et al.*, 2012) com 4,7% de abandono, de 8,4% (BARBERO, B.S.; HERNÁNDEZ, T.B.; CARRETERO, S.G. 2009), e de 4,34% no município de Teresina-PI (COELHO *et al.* 2010). No Estado do Acre, observou-se uma diminuição na frequência de abandono como verificado no estudo de Lopes (2004) realizado no período de 1995 ao 2001, onde a média da taxa de abandono foi de 14,8%. Estas pesquisas foram realizadas anos antes que o TDO fosse uma realidade no Estado do Acre. O TDO foi implantado pela OMS como estratégia para o controle da doença em 1991 e chega ao Brasil no ano de 1998 (BRASIL, 2012). Nos anos 2000-2004 começa a ser introduzido na região centro-oeste e sul e chega na região norte nos anos 2006-2007. Este seria o motivo porque a porcentagem do abandono estaria diminuindo. Junto a isto se soma a implantação no ano 2013 do Programa Mais Médicos para o Brasil (MAIS MÉDICOS, 2018) onde os médicos deste programa, trabalham integralmente na Atenção Primária de Saúde, onde o TDO é parte regular no programa de atendimento ao paciente com TB.

O predomínio no sexo masculino não difere de outros estudos na literatura como o de Giroti *et al.* que entre os 147 pacientes investigados, 68% (100/147) eram do sexo masculino; na pesquisa de Silva, Andrade e Cardoso (2013) dos 610

pacientes acompanhados, 61% (372/610) eram também do sexo masculino e no estudo de Ventura (2001) dos 1259 casos de tuberculose notificados, os dois terços dos casos são representados pelos homens.

Na comparação das proporções dos pacientes que abandonaram ou não o tratamento, as variáveis sociodemográficas que tiveram significância estatísticas foram idade menor que 29 anos ($p=0,004$), raça ($p= 0.004$), uso de álcool ($p=0,008$) e uso de drogas ilícitas ($p=0,004$) (Tabela 01).

Tabela 01 Comparação das Proporções das Variáveis Sociodemográficas em Relação ao Abandono do Tratamento, Rio Branco – Acre 2016

VARIÁVEL	ABANDONO		P=Valor
	SIM N=19 % (n)	NÃO N=257 % (n)	
IDADE			0,004
≤ 29 anos	11,5 (15)	88,5 (116)	
30 a +	2,8 (4)	97,2 (141)	
SEXO			0,070
Masculino	8,5 (17)	91,5 (184)	
Feminino	2,7 (2)	97,3 (73)	
RAÇA			0,004
Parda	4,5 (10)	95,5 (212)	
Outros	16,7 (9)	83,3 (45)	
ESCOLARIDADE			0,168
0-7 anos	5,9 (14)	94,1 (222)	
8 a +	12,5 (5)	87,5 (35)	
RESIDÊNCIA			0,643
Urbana	7,0 (18)	93,0 (240)	
Rural	5,6 (1)	94,4 (17)	
AGRAVANTE ÁLCOOL *			0,008
Sim	16 (8)	84 (42)	
Não	4,5 (10)	95,5 (210)	
AGRAVANTE DROGAS *			0,004
sim	17 (9)	83 (44)	
Não	4,6 (10)	95,4 (208)	
AGRAVANTE TABACO			0,479
Sim	7,4 (5)	92,6 (63)	
Não	13 (6,3)	93,7 (192)	
POP PRIVADA LIBERDADE			0,231
Sim	4,5 (3)	95,8 (68)	
Não	7,8 (16)	92,2 (189)	

*Foram excluídos para a análise os pacientes com dados ignorados.

A maior taxa de abandono nos jovens, principalmente no sexo masculino são semelhantes ao encontrados na literatura como a pesquisa de Paixão & Gontijo (2007) a qual refere que todos os casos de abandono aconteceram na faixa etária de 15 a 49 anos; na pesquisa de Silva, Moura e Caldas (2014) e na de Heck, Costa e Nunes (2011) a faixa etária de 20-39 anos é um dos fatores associados ao abandono do tratamento; possivelmente pelo fato que os jovens não possuem uma maturidade adequada para saber a importância de realizar o tratamento completo ou o constrangimento de ir à Unidade de Saúde para poder receber a medicação e ser avaliado pelo profissional de saúde, ou ainda pelo baixo nível de escolaridade.

Estes estudos sugerem como possíveis causas para o abandono o maior contato com drogas lícitas e ilícitas, álcool, e indiretamente a lugares públicos e de trabalho; em outras palavras fatores associados à exposição tipo fatores econômicos, culturais e sociais. Isto também é observado na pesquisa de Campani (2007), onde existe significância estatística ($p < 0,0001$) das variáveis alcoolismo e drogadição com o desfecho abandono. Silva, Moura e Caldas (2014) no estudo realizado no Maranhão, encontram significância não com o uso de drogas, mas sim com o do álcool ($p < 0,001$).

No presente estudo a variável População Privada de Liberdade não é significativamente estatística ($p = 0,231$), semelhante ao estudo de Soares *et al.* (2017) onde de 179 pacientes, somente o 2,7% (5) abandonaram o tratamento. Mas também temos estudos que falam que sim é significativamente específico como o estudo de Macedo, Maciel e Struchimer onde encontram valores de abandono de mais do 10% (4,084/38,083) e como do estudo de Borges (2014) onde o 18,8% (24/128) tiveram como situação de encerramento o abandono.

A variável escolaridade não tem significância estatística neste estudo, fato discrepante em outros trabalhos (SOARES *et al.*, 2017); (SILVA, MOURA e CALDAS, 2014); (CAMPANI, 2009) onde todos estes concluem que a menos anos de estudo, mais tendência ao abandono do tratamento.

Entre as variáveis clinico-laboratoriais em relação ao abandono de tratamento a que se destaca é a do Tipo de Entrada onde os casos novos-transferência tiveram como valor $p = 0,012$ (Tabela 02).

Tabela 02 Comparação das Proporções das Variáveis Clínico-Laboratoriais em Relação ao Abandono do Tratamento, Rio Branco – Acre 2016

VARIÁVEL	ABANDONO		P=Valor
	SIM N=19 % (n)	NÃO N=257 % (n)	
TIPO DE ENTRADA			0,012
caso novo + transferência	5,3 (13)	94,7 (232)	
recidiva + reinfeção	19,4 (6)	80,6 (25)	
FORMA CLÍNICA			0,154
Pulmonar	7,6 (19)	92,4 (232)	
Extrapulmonar	0,00 (0)	100 (25)	
BACILOSCOPIA *			0,587
Positiva	7,1 (18)	92,9 (196)	
Negativa	7,3 ()	92,7 (38)	
RAIO X TÓRAX *			0,598
Suspeito	6,4 (11)	93,6 (161)	
Normal	0,0 (0)	100 (8)	
HIV *			0,587
Positivo	0 (0)	100 (7)	
Negativo	7,4 (18)	92,6 (224)	
CULTURA *			0,467
Positiva	5,7 (4)	94,3 (66)	
Negativa	7,7 (4)	92,3 (48)	
BACILOCOPIA 1º. MÊS *			0,287
Positiva	0,0 (0)	100 (21)	
Negativa	6,2 (9)	93,8 (136)	

*Foram excluídos para a análise os pacientes com dados ignorados.

O item casos novos + transferências é aquele que tem significância estatística. Estes valores são semelhantes ao estudo realizado em Pernambuco, Brasil (HECK, COSTA e NUNES, 2011) onde encontra um $p < 0,001$ para esta forma de entrada ao Programa de Tratamento de TB. Esta situação sugere que a comparação dos outros tipos de entrada de pacientes, eles estão tendo o primeiro contato tanto com a doença e com o tratamento, não tendo essa experiência (se pode ser chamada assim) do que é estar doente e das consequências de não seguir o tratamento adequado para a remissão da doença.

No cálculo da razão de prevalência para verificar a probabilidade de o indivíduo abandonar ou não o tratamento, verificou-se que os jovens tinham uma probabilidade maior (RP 4,15; IC 1,413-12,19) do que os de idade mais avançada. Em relação ao sexo, a probabilidade foi maior no sexo masculino (RP 3,17; IC 0,751-13,399). Residir na zona urbana ou o uso de tabaco tinham uma probabilidade

maior que uma vez de abandonar o tratamento. Quanto ao uso de álcool ou drogas a probabilidade de abandono do tratamento foi 3 vezes maior em relação aos não usuários (Tabela 03)

Tabela 03 Comparação das Proporções dos Fatores Associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose, Rio Branco-Acre 2016

VARIÁVEL	ABANDONO		RP	95% IC	P
	SIM N=19 % (n)	NÃO N=257 % (n)			
IDADE			4,151	1,413-12,190	0,004
≤ 29 anos	11,5 (15)	88,5 (116)			
30 a +	2,8 (4)	97,2 (141)			
SEXO			3,172	0,751-13,399	0,070
Masculino	8,5 (17)	91,5 (184)			
Feminino	2,7 (2)	97,3 (73)			
RAÇA			0,270	0,116-0,632	0,004
Parda	4,5 (10)	95,5 (212)			
Outros	16,7 (9)	83,3 (45)			
ESCOLARIDADE			0,475	0,181-1,245	0,168
0-7 anos	5,9 (14)	94,1 (222)			
8 a +	12,5 (5)	87,5 (35)			
RESIDÊNCIA			1,256	0,178-8,881	0,643
Urbana	7,0 (18)	93,0 (240)			
Rural	5,6 (1)	94,4 (17)			
HIV *			-----	-----	0,587
Positivo	0 (0)	100 (7)			
Negativo	7,4 (18)	92,6 (224)			
ÁLCOOL *			3,520	1,464-8,465	0,008
Sim	16 (8)	84 (42)			
Não	4,5 (10)	95,5 (210)			
DROGAS *			3,702	1,584-8,653	0,004
sim	17 (9)	83 (44)			
Não	4,6 (10)	95,4 (208)			
USO DE TABACO			1,160	0,429-3,134	0,479
Sim	7,4 (5)	92,6 (63)			
Não	13 (6,3)	93,7 (192)			
PRIVADA LIBERDADE			0,541	0,163-1,803	0,231
Sim	4,5 (3)	95,8 (68)			
Não	7,8 (16)	92,2 (189)			

* Foram excluídos para a análise os pacientes com dados ignorados.

A probabilidade maior de abandono do tratamento nos jovens, sexo masculino, usuário de drogas e álcool encontrado neste estudo, são os mesmos relatados por diversos autores nacionais e internacionais como é descrito no estudo de SOARES *et al.* onde se objetiva o maior abandono nos mais jovens do sexo masculino, na pesquisa de Silva, Moura e Caldas (2014) com o mesmo resultado e

de Herrera & Torres (2015) onde ao analisar 134 casos de abandono, 58% se concentram em pacientes jovens que por imaturidade ou outras prioridades, não dão a devida importância com sua saúde, e nos usuários, mesmo com o fato de receberem a prescrição dos medicamentos para o tratamento, o aconselhamento da equipe de saúde sobre a interação dos medicamentos com o álcool e as drogas, ele prefere abandonar o tratamento e continua fazendo uso destes agravantes. Pineda, Ferreira e Barreto (2005), demonstram na pesquisa realizada em Nicaragua, que o risco de abandono foi cinco vezes maior entre os consumidores de bebidas com álcool, números superiores aos encontrados no presente estudo.

Interessante mencionar que o fato de ser portador de HIV/AIDS, não aumentou a probabilidade de abandono do tratamento, isto possivelmente ocorra pelo fato de ser uma doença que precisa de cuidados e tratamento específicos, indiretamente os cuidados são ampliados para a TB. Fato discordante ao estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2010) onde concluem que a coinfeção da Tuberculose com o HIV favorece ao abandono do tratamento da tuberculose pois há maior dificuldade para controlar esses casos ou por aspectos referentes ao próprio tratamento ou pela falta de motivação trazida pelo sentimento de iminência de morte, como também do estudo realizado em Alegre-RS (CAMPANI, 2009), onde sim é significativamente estatístico ($p < 0,0001$).

6.3 COMPARAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COM O DIGITADO NO SISTEMA DE DADOS (SINAN).

As principais diferenças encontradas no preenchimento da ficha de notificação/prontuários com os dados digitados no SINAN dos 321 pacientes notificados foram: Idade 8,72% (28), Escolaridade 8,41% (27), Número de contatos 8,41% (27), Situação de Encerramento 8,72% (28), Tipo de Entrada 7,16% (23), Lugar de residência 7,16% (23), HIV 7,16% (23). Destaque tanto para as diferenças encontradas no preenchimento das datas de diagnóstico e de encerramento que foram 17,44% (56) e 21,80% (70) respectivamente.

Existem pouquíssimos trabalhos relacionados ao preenchimento no sistema de informação e estudos comparando o preenchimento com os dados físicos dos pacientes, são praticamente nulos. Mesmo assim das pesquisas encontradas temos um estudo realizado em João Pessoa-PB (ARAÚJO, 2016) onde comparam entre

outros dados, os referentes da Tuberculose e Hanseníase entre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com os da Agravos de Notificação (SINAN) onde neste sistema apresenta um quantitativo de cadastros inferior ao SIAB, gerando um excesso e duplicidade de informações dificultando o cruzamento e a consolidação dos dados interferindo nas tomadas de decisão na Atenção Primária de Saúde. Em outro estudo realizado em Minas Gerais (MUGUANDE, 2011), conclui que é necessária a sensibilização e treinamento dos professores da saúde para aumentar a integração dos setores responsáveis pelo fluxo das informações, melhorando assim a qualidade do registro para uma adequada definição de ações de vigilância e estratégias.

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério de Saúde (BRASIL 2007), a manutenção periódica da atualização da base de dados do SINAN é fundamental para acompanhar a situação epidemiológica dos agravos contidos no sistema de informação. Fichas de notificação com a maioria dos campos em branco, incongruências de informações como dados de laboratório, diagnósticos, classificação final clínica ou de encerramento do paciente, e outros campos, levam à necessidade de uma avaliação sistemática da qualidade da informação coletada e digitada.

7 CONCLUSÃO

Apresentaram maior probabilidade de abandono do tratamento da tuberculose os pacientes jovens, do sexo masculino, os usuários de drogas ou álcool, residir na zona urbana e uso de tabaco.

Os pacientes com tuberculose a maioria eram pardos, jovens, do sexo masculino, com baixo nível de escolaridade, residente na zona urbana, com a forma clinica pulmonar.

Houve diferença entre os dados encontrados no SINAN e os da Ficha de notificação e prontuários.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVES, R.S. et al. Abandono do Tratamento da Tuberculose e Integralidade da Atenção na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; 21(3): 650-7. 2012.

ANGELES, G.G.P. Factores que determinan fracasso terapêutico de la Tuberculosis Pulmonar em Pacientes de la Jurisdicción Sanitaria No.4 de los SESEQ en los años 2005 – 2006. Querétaro. **Tesis (Maestria em Salud Pública)**. Centro Universitario, Universidad Autónoma de Querétano.2014.

ARAÚJO, Y.B. et al. Sistemas de Informação em Saúde: Inconsistências de Informações no Contexto da Atenção Primária. **J. Health Inform**. Samoa Ocidental. Dezembro; 8(Complemento):164-70. 2016

BARBERO, B.S.; HERNÁNDEZ, T.B.; CARRETERO, S.G. Abandono del Tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. **Gac. Sanita**. Madrid (supl 1):80-85 2009.

BARBOSA, I.R.; COSME, C.L.F. Distribuição Espacial dos casos novos de Tuberculose Pulmonar nos Municípios da Região Norte do Brasil, no período de 2005 a 2010. **Caminhos de Geografia** v.14, n. 47 p. 110-121 Uberlândia. 2013.

BORGES, M.J.G. Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose no Sistema Prisional em São José do Rio Preto/SP. São José do Rio Preto. **Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem)** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilancia Epidemiológica**. Brasília: Série A: normas e manuais técnicos. 6ª edição. 2005.

BRASIL, Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Normas e Rotinas**. Brasília, 2ª Edição, p. 31-32 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da**

Tuberculose e outras Micobactérias. Brasília: Série A: normas e manuais técnicos. 1ª edição, 436p. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde **Tuberculose: guia de vigilância epidemiologia.** Brasília, p. 45-46. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Panorama da Tuberculose no Brasil: Indicadores epidemiológicos e operacionais.** Brasília 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Volume 46.** Brasília, p. No. 9. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Panorama da tuberculose no Brasil: a mortalidade em números.** Brasília; 2016a

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Volume 47.** Brasília, p. No. 1-15. 2016b

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,** Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 1ª ed. Brasília, 2017a

BRASIL, Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Volume 48.** Brasília, p. No. 1-11. 2017b

BURRIL, J. et al. Tuberculosis: a radiologic review. Radiographics: a review publication of **the Radiological Society of North America**, Sep-Oct, 27(5), 1255-73, 2007.

CAMPANI, S.T.A. Fatores preditores para o abandono do tratamento da Tuberculose pulmonar (esquema primeira linha) em Porto Alegre (RS). Rio Grande do Sul, **Dissertação.** (Mestrado em Ciências Pneumológicas) Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009.

CAPONE, D. et al. Tuberculose Extrapulmonar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro Jun/Dez - 2016

CAYLÀ, JÁ et al. Tuberculosis Treatment adherence and fatality in Spain. **Respiratory Research** United Kingdom 10:121 2009

CHIRINOS, N.E.C.; MEIRELLES, B.H.S. Fatores Associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose: Uma Revisão Integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; 20(3): 599-406. 2011

COELHO, D.M.M. et al. Perfil epidemiológico da Tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 19(1):33-42, jan-mar 2010.

CONDE, M.B.; SOUZA, G.M.; KRITSKI, A.L. Tuberculose sem medo. **Editores Atheneu**. 1ª ed. São Paulo: 2002.

FERRI, A. N. et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. **Revista Liberato**, Novo Hamburgo, p. 105-212, jul./dez. 2014.

FREIRE, T.B. Situação Epidemiológica da Tuberculose em um Município do Cariri Cearense. **Monografia** apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem. 2014

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde; 100 p. 2002

GIROTI, S.K.O. et al. Perfil dos pacientes com Tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento. **Cogitare Enferm**. Paraná 15(2) 271-7 2010

GOMES, T. Tuberculose Extrapulmonar: Uma Abordagem Epidemiológica e Molecular. **Dissertação** (Mestrado em Doenças Infecciosas). Centro de ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. 2013

GONZÁLES, C.L.S. et al. Factores de Riesgo para el Abandono del Tratamiento contra la Tuberculosis en la Ciudad de Medellín. Enero 2000 – Junio 2001. **Revista CES MEDICINA** Volume 18 No.1 Enero-Julio/2004.

GUTIERREZ, M. C. et al. Ancient origin and gene mosaicism of the progenitor of Mycobacterium Tuberculosis. **PLOS Pathog**, v. 1 (1): e5, 2005.

HECK, M.A.; COSTA, J.S.D. e NUNES, M.F. Prevalência de abandono do tratamento da tuberculose e fatores associados no município de Sapucaia do Sul (RS), Brasil, 2000-2008. Pelotas. Rio Grande do Sul. **Ver. Bras. Epidemiologia** 14(3): 478-85, 2011.

HIJJAR, M. A. Controle das doenças endêmicas no Brasil: tuberculose. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 23-36, Suplemento. 1994

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J.; TEIXEIRA, G. M. A. Tuberculose no Brasil e no Mundo. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 9 n2, 2001.

JESUS, B.F.G. et al. Perfil Epidemiológico da Tuberculose na Cidade de Montes Claros de 2005 a 2009. **Rev. Bras. Farm.** 93 (1):80-84 São Paulo, 2012

LAPA E SILVA, J. R. Novos Aspectos da Patogenia da Tuberculose. **Revista Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, 21(1):10-14, 2012

LAPA E SILVA, J. R.; BOÉCHAT, N. O ressurgimento da tuberculose e o impacto do estudo da imunopatogenia pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**; 30(4) 478-84, 2004

LEITE, C. Q. F.; TELAROLLI JR., R. Aspectos epidemiológicos e clínicos da tuberculose. **Revista de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v.18, n.1, p. 17-28, 1997.

LOPES, A. J.; JANSEN J. M.; CAPONE D. Patogenia e Imunologia. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. Ano 5, Julho / Dezembro de 2006.

MACEDO, L.R.; MACIEL, E.L.N.; STRUCHINER, C.J. Tuberculose na População Privada de Liberdade do Brasil 2007-2013. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(4):783-794, out-dez 2017.

MAIS MÉDICOS. Conheça o Programa. Disponível em: <<http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 14 de março de 2018.

MOREIRA, A.C. et al. A Prevalência da Tuberculose no Estado do Acre. **Rev. Bras. Enferm.** nov/dez 57(6):691-7. Brasília (DF) 2004.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A.I., CRUZ MARTÍNEZ, O.A., RUBIANO MESA, Y.L. Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. **Enfermería Global**, Revista Eletrónica trimestral de Enfermería, Medellín, No.13, p. 86-108, Julio 2013.

PAIXÃO, L.M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**. Minas Gerais, 41(2):205-13, 2007.

PAULA, H.C. O Abandono do Tratamento da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família: Um Estudo Qualitativo em Uma Área Programática do Município do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, **Dissertação** (Mestrado em Saúde da Família). Coordenadoria de Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá. 2011

PILLER, R.V.B., Epidemiologia da Tuberculose, **Pulmão RJ**, 21(1) 4-9 Rio de Janeiro, 2012

PINEDA, N.I.S.; PEREIRA, S.M.; BARRETO, M.L. Abandono del Tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. Nicaragua. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 17(4), 2005

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017** Rio Branco – Acre p 36-39 2013.

REZENDE, JM. Linguagem Médica, 3a. ed., Goiânia, AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2004.

ROCHA, D.S.; ADORNO, R.C.F. Abandono ou descontinuidade do tratamento de tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p. 232-245, 2012.

RODRIGUES, I.L.A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. Pará **Rev Esc Enferm USP**; 44(2):383-7. 2010

ROSEMBERG, J. Tuberculose - aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Bol. Pneumol Sanit**, v. 7 (2): 5-29, 1999

RUFFINO-NETTO A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev Soc Bras Med Trop**.35(1):51-8. 2002

SÁ, L.D., et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm**. Out-Dez; 16(4):712-8, 2007

SANTO, L.A.L.A.; SANTOS, P.C.; MOREIRA, M.E. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com Tuberculose em hospital universitário da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. **Bepa**, São Paulo 6(68):14-21, 2009.

SILVA, A.G.S.; MARTINS, D.A.; Ocorrência de Tuberculose Registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação para Município de Rio Branco. **Faculdade Meta**. Rio Branco 2016.

SILVA, C.C.A.V.; ANDRADE, M.S.; CARDOSO, M.D. Fatores Associados ao Abandono do Tratamento de Tuberculose em Unidades de Referência de Recife-PE. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. 22(1) 77-85, jan-mar 2013.

SILVA, P.F.; MOURA, G.S.; CALDAS, A.J.M. Fatores Associados a Abandono do Tratamento Pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(8): 1745-1754, ago, 2014.

SOARES, M.L.M. et al. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. 26(2) 369-378 abr-jun 2017

SOUZA, A.B.F., CRUZ, Z.V. Abandono do Tratamento da Tuberculose no Município de Itapetinga-BA: um Estudo da Influência dos Fatores Ambientais, **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA**, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.8, N.14; p. 1473 – 2012.

TORRES, Z.; HERRERA, T. Perfil del Paciente con Tuberculosis que abandona el tratamiento em Chile. **Chile Rev Chil Enf Respir**; 31: 52-57; 2015.

VENTURA, A.A., Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose na Região de Saúde de Botuca TU-SP 1993-1998 **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculose Report**. World Health Organization. France. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculose Report**. World Health Organization. France. 2016.

9 APÊNDICES

APÊNDICE A

FATORES RELACIONADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM RIO BRANCO-AC 2016

Luis Fernando Borja Gómez^{1,2}, Cirley Maria de Oliveira Lobato^{1,2}

¹Centro de Ciências da Saúde e do Desporto. Universidade Federal do Acre. Rio Branco, AC, Brasil

²Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia. Universidade Federal do Acre. Rio Branco, AC, Brasil

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A Tuberculose está entre as 10 principais causas de morte no mundo, mesmo tendo prevenção e cura. Segundo a OMS a taxa máxima tolerável de abandono é de 5% anual (no Brasil: 11,3%). Dentre os fatores relacionados ao abandono estão: sexo, idade, uso de álcool e drogas ilícitas. O abandono, como causa do fracasso do tratamento, leva ao prolongamento da infecção, incrementando a transmissão e desenvolvimento de bacilos multirresistentes.

OBJETIVO: Identificar os fatores associados ao abandono do tratamento de Tuberculose no Município de Rio Branco-Acre nos pacientes notificados no ano de 2016.

METODOLOGIA: Estudo Transversal realizado no Município de Rio Branco-Acre, em pacientes com tuberculose notificados em 2016. A frequência, mediana, média \pm desvio padrão foi utilizada para resumir as variáveis. As variáveis foram testadas para correlação por meio do teste do Qui-quadrado, teste t de student e tabulações cruzadas. O valor de p de 0,05 ou menor foi considerado estatisticamente significativo. Para verificar os fatores associados ao abandono utilizou-se a razão de prevalência (RP).

RESULTADOS: Dos 321 pacientes avaliados, 71% eram do sexo masculino, 78% Pardos, 85% da área urbana, 83% casos novos, 89% apresentaram forma clínica pulmonar e das formas extrapulmonar 79,4% pleurais. Quanto ao desfecho clínico,

19 pacientes abandonaram o tratamento, sendo 89% do sexo masculino. Os fatores com maior probabilidade de abandono foram: jovens menores de 29 anos, sexo masculino, residir na zona urbana, uso de álcool, drogas e tabaco.

CONCLUSÕES: Jovens, do sexo masculino, pardos, baixo nível de escolaridade, estão vulneráveis à Tuberculose. A forma clínica pulmonar é mais prevalente. Idade, sexo, uso de álcool e drogas ilícitas foram os principais fatores relacionados ao abandono do tratamento.

DESCRITORES: Tuberculose; Abandono do Tratamento; Atenção Primária de Saúde; Rio Branco-Acre

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Tuberculosis is among the 10 leading causes of death in the world, with prevention and cure. According to WHO, the maximum tolerable rate of abandonment is 5% per year (in Brazil: 11.3%). Among the factors related to dropout are: sex, age, alcohol use and illicit drugs. Abandonment, as a cause of treatment failure, leads to the prolongation of infection, increasing the transmission and development of multiresistant bacilli.

OBJECTIVE: To identify factors associated with the abandonment of tuberculosis treatment in the city of Rio Branco-Acre in patients notified in 2016.

METHODS: Cross-sectional study carried out in the city of Rio Branco-Acre, in tuberculosis patients reported in 2016. The frequency, median, mean \pm standard deviation was used to summarize the variables. The variables were tested for correlation using the chi-square test, student's t-test and cross-tabulations. The p-value of 0.05 or less was considered statistically significant. The prevalence ratio (PR) was used to verify the factors associated with dropout.

RESULTS: Of the 321 patients evaluated, 71% were male, 78% were Pardos, 85% were urban, 83% were new cases, and 89% were pulmonary clinically and 79.4% pleural extrapulmonary. Regarding the clinical outcome, 19 patients abandoned the treatment, being 89% male. The factors most likely to be abandoned were: youths under 29 years of age, male, living in urban areas, use of alcohol, drugs and tobacco.

CONCLUSIONS: Young, males, brown, low level of schooling, are vulnerable to Tuberculosis. The pulmonary clinical form is more prevalent. Age, sex, alcohol use and illicit drugs were the main factors related to treatment abandonment.

KEYWORDS: Tuberculosis; Abandonment of Treatment; Primary Health Care; Rio Branco-Acre

INTRODUÇÃO:

A Tuberculose (TB), doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, afeta geralmente os pulmões e pode levar à morte. Pode ser tratada, alcançando a cura do paciente, e prevenida por meio de certas ações, pois a bactéria tem a habilidade de ser transmitida de pessoa a pessoa^{1,2}.

A TB existe há milhares de anos e é um dos maiores problemas de saúde pública mundial. Acomete milhões de pessoas anualmente estando no ano de 2015 entre as 10 principais causas de doenças no mundo, sendo responsável por mais óbitos que o HIV e a malária embora exista um diagnóstico e tratamento adequado que cure a TB. No geral 90% dos casos ocorreram em adultos e 10% em crianças com uma como proporção homem:mulher 1,6:1². Segundo a OMS a taxa máxima tolerável de abandono é de 5% ao ano, enquanto no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública refere que a média da taxa de abandono geral do Brasil é de 10,7% a 11,3% entre os anos 2001 a 2014³.

O Abandono do Tratamento da TB, que é caracterizado pelo não comparecimento do doente ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos após a data marcada para o retorno, leva à continuidade da cadeia de transmissão; pois os pacientes que não aderem à terapêutica permanecem doentes e continuam sendo fonte de contágio. Ademais, este abandono induz à resistência medicamentosa e à recidiva da enfermidade, as quais infligem dificuldades ao processo de cura, acrescentando tempo e custo ao tratamento^{4,5,6}.

Atualmente a Situação Mundial da Tuberculose está fortemente ligada ao aumento da miséria, à inadequada distribuição da renda e a uma veloz urbanização mantendo a pobreza, já que ela atinge à população economicamente ativa quanto às

populações onde o respeito da dignidade e dos direitos humanos é escasso como os grupos e comunidades marginados e outras populações vulneráveis^{7,2}.

O Brasil dentro da definição dos países prioritários para o controle da TB, se encontra em duas das três listas prioritárias, ocupando a posição vigésima na Carga de TB e décimo nona posição no que se refere à Coinfecção TB/HIV, que representam em forma geral um 0,9% dos casos estimados no mundo e um 33% dos estimados para as Américas⁸.

O Estado do Acre foi classificado pelo Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como “*de baixos indicadores socioeconômicos associados ao coeficiente de incidência de tuberculose*”, o que deixa ao estado numa posição de alerta pelas taxas, tanto de casos novos, como de abandono do tratamento³.

Ao se deparar com este panorama, se observa que uma das ações mais importantes para o controle da doença com a consequente diminuição das mortes pela doença e da multirresistência aos antibióticos pela bactéria é uma adequada adesão ao tratamento por parte do paciente.

Desta forma deve-se de analisar os motivos do abandono do tratamento da TB poder controlar e/ou melhorar cada situação e manter a adesão ao tratamento, desafio que pelo que se observa não só é partícipe o paciente, mas a família, a comunidade e especialmente o pessoal que trabalha no setor saúde, se estabelecendo em um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro⁹.

O objetivo do presente estudo é identificar os fatores relacionados ao abandono do tratamento de Tuberculose no Município de Rio Branco – ACRE nos pacientes notificados no ano de 2016.

METODOLOGIA:

Estudo transversal realizado no Município de Rio Branco – Acre, com dados secundários em pacientes diagnosticados com Tuberculose e notificados em 2016. Utilizou-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como fonte de dados para os casos de TB notificados no município. Foi utilizado também a ficha de notificação e o prontuário dos pacientes para complementar os dados faltantes. A população de estudo foi constituída por todos os casos de TB de qualquer forma

clínica notificados no SINAN, no ano de 2016 no Município de Rio Branco. Estes dados foram obtidos no Setor de Vigilância Epidemiológica do Município, a qual é alimentada semanalmente pelos próprios funcionários do setor. Para análise da variável desfecho, foram excluídos os pacientes que evoluíram para óbito e os pacientes com situação de encerramento de transferência.

O banco de dados foi inicialmente criado no Programa Microsoft Office Excel 2016 a partir dos dados obtidos no SINAN e dos da ficha de notificação e prontuário, criando planilhas com as características contidas nas referidas fichas dos pacientes. Os dados do SINAN foram comparados com os descritos na ficha de notificação, nos prontuários do paciente e nos livros de registro do Laboratório Central do Estado. Posteriormente foi transportado e armazenado no programa estatístico IBM SPSS 20.0. Foram feitas análises descritivas das características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes com TB, com cálculo de frequências e de tendência central como a média, mediana e desvio padrão.

Para comparação das proporções dos pacientes que abandonaram o tratamento com os que não abandonaram e para os fatores associados ao abandono as variáveis de interesse foram recodificadas em duas variáveis categóricas e aplicado os testes do qui-quadrado de *Pearson* e o exato de *Fischer* para as variáveis categóricas e, para variáveis contínuas, o teste *Kruskal-Wallis*. Para verificar os fatores associados ao abandono foi utilizada a razão de prevalência (RP).

O projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre o dia 15 de julho de 2016 tendo parecer de aprovado o dia 04 de novembro de 2016 com o número 1.806.312

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Dos 321 pacientes notificados com diagnóstico de TB, a média de idade foi de 34,5 (DP \pm 15,2) e mediana de 31 anos, com predomínio na faixa etária de 10 a 49 anos em ambos os sexos, sendo 71% (228/321) do sexo masculino, 78,2% (151/321) se autodenominaram pardos e 87,2% (280/321) residiam na área urbana. Foram excluídos os pacientes que evoluíram para a óbito pela doença (7) e por outras causas (9) e os que foram transferidos (27), e aqueles com tratamento por TB multirresistente (2) restando 276 sendo que destes, 93% (257/276) evoluíram para cura e 7% (19/276) abandonaram o tratamento (Figura 01) sendo mais frequente no

sexo masculino 8,4% (17/201) e dos 19 pacientes que abandonaram o tratamento 89% (17/19) eram do masculino (Figura 02).

Ao comparar com estudos anteriores realizados no Estado do Acre, observou-se uma diminuição na frequência de abandono como verificado com o estudo de Lopes et al.¹⁰ realizado no Estado no período de 1995 ao 2001, onde a média da taxa de cura encontrada foi de 71% e 14,8% de abandono. Barbosa & Cosme¹¹ num estudo realizado na região norte do Brasil a taxa da cura foi menor de 85% em mais de 80% dos municípios, como também um estudo realizado em Montes Claros por Jesus et al.¹² teve 64% de encerramento por cura. Como se pode observar, estas pesquisas foram realizadas anos antes que o Tratamento Diretamente Observado (TDO) fosse uma realidade no Estado do Acre. O TDO foi implantado pela OMS como estratégia para o controle da doença em 1991 e chega ao Brasil no ano de 1998¹³. Nos anos 2000-2004 começa a ser introduzido na região centro-oeste e sul e chega na região norte nos anos 2006-2007. Este seria o motivo porque a porcentagem do abandono estaria diminuindo. Junto a isto se soma a implantação no ano 2013 do Programa Mais Médicos para o Brasil onde os médicos deste programa, trabalham integralmente na Atenção Primária de Saúde, onde o TDO é parte regular no programa de atendimento ao paciente com TB¹⁴.

O predomínio no sexo masculino não difere de outros estudos como o de Giroti et al.¹⁵ que entre os 147 pacientes investigados, 68% (100/147) eram do sexo masculino; na pesquisa de Silva et al.¹⁶ dos 610 pacientes acompanhados, 61% (372/610) eram também do sexo masculino e no estudo de Ventura¹⁷ dos 1259 casos de tuberculose notificados, os dois terços dos casos são representados pelos homens. Segundo Mendes & Fensterseifer¹⁸, num estudo realizado em Porto Alegre-RS, dos 25 casos de abandono, 76% (19) foram do sexo masculino.

Na comparação das proporções dos pacientes que abandonaram ou não o tratamento, as variáveis sociodemográficas que tiveram significância estatísticas foram idade menor que 29 anos ($p=0,004$), raça ($p= 0.004$), uso de álcool ($p=0,008$) e uso de drogas ilícitas ($p=0,004$) (Tabela 01).

A maior taxa de abandono nos jovens, principalmente no sexo masculino são semelhantes ao encontrados na literatura: a pesquisa de Paixão & Gontijo⁵ refere que todos os casos de abandono aconteceram na faixa etária de 15 a 49 anos; na

pesquisa de Silva et al.¹⁶ e na de Heck et al.¹⁹, a faixa etária de 20-39 anos é um dos fatores associados ao abandono; possível fato os jovens não têm uma maturidade adequada para saber a importância de realizar o tratamento completo ou o constrangimento de ir à Unidade de Saúde para receber a medicação e ser avaliado pelo profissional de saúde, ou ainda pelo baixo nível de escolaridade.

Estes estudos sugerem como possíveis causas para o abandono o maior contato com drogas lícitas e ilícitas, álcool, e indiretamente a lugares públicos e de trabalho; em outras palavras fatores associados à exposição tipo fatores econômicos, culturais e sociais. Isto também é observado na pesquisa de Campani²⁰, onde existe significância estatística ($p < 0,0001$) das variáveis alcoolismo e drogadição com o desfecho abandono. Silva et al.¹⁶ no estudo realizado no Maranhão, encontram significância não com o uso de drogas, mas sim com o do álcool ($p < 0,001$).

Entre as variáveis clínico-laboratoriais em relação ao abandono de tratamento a que se destaca é a do Tipo de Entrada onde os casos novos-transferência tiveram como valor $p = 0,012$ (Tabela 02).

O item casos novos + transferências é aquele que tem significância estatística. Estes valores foram semelhantes ao estudo realizado em Pernambuco, Brasil por Silva et al.²¹ onde encontra um $p < 0,001$ para esta forma de entrada ao Programa de Tratamento de TB. Esta situação sugere que a diferença dos outros tipos de entrada de pacientes (seja por recidiva, reingresso após abandono ou transferência); estes estão tendo o primeiro contato tanto com a doença e com o tratamento, não tendo essa experiência (se pode ser chamada assim) do que é estar doente e das consequências de não seguir o tratamento adequado para a remissão da doença.

Ao avaliar as variáveis forma clínica, baciloscopia, raios X de tórax, cultura, como a baciloscopia no primeiro mês, se observa que não existe uma significância estatística ($p = 0,154$, $p = 0,587$, $p = 0,598$, $p = 0,467$ e $p = 0,287$ respectivamente). Estes dados concordam com os estudos de Oliveira²², o realizado no Estado de Pernambuco, Brasil por Silva et al.²¹, como o da Campani²⁰ entre outros.

No cálculo da razão de prevalência para verificar a probabilidade de o indivíduo abandonar ou não o tratamento, verificou-se que os jovens tinham uma

probabilidade maior (RP 4,15; IC 1,413-12,19) do que os de idade mais avançada. Em relação ao sexo, a probabilidade foi maior no sexo masculino (RP 3,17; IC 0,751-13,399). Residir na zona urbana ou o uso de tabaco tinham uma probabilidade maior de uma vez de abandonar o tratamento. Quanto ao uso de álcool ou drogas a probabilidade de abandono do tratamento foi 3 vezes maior em relação aos não usuários e respeito à variável Privada de Liberdade se observa que a probabilidade de abandono é de 0,54 dos que não tem privada a sua liberdade. Na variável Escolaridade a probabilidade de abandono é menos que 0,5 (Tabela 03).

A probabilidade maior de abandono do tratamento nos jovens, sexo masculino, usuário de drogas e álcool encontrado neste estudo, são os mesmos relatados por diversos autores nacionais e internacionais como é descrito no estudo de SOARES et al.²³ onde se objetiva o maior abandono nos mais jovens do sexo masculino, na pesquisa de Silva et al.²¹ com o mesmo resultado e de Torres & Herrera²⁴ onde ao analisar 134 casos de abandono, 58% se concentram em pacientes jovens que por imaturidade ou outras prioridades, não dão a devida importância com sua saúde, e nos usuários, mesmo com o fato de receberem a prescrição dos medicamentos para o tratamento, o aconselhamento da equipe de saúde sobre a interação dos medicamentos com o álcool e as drogas, ele prefere abandonar o tratamento e continua fazendo uso destes agravantes. Pineda et al.²⁵, demonstram na pesquisa realizada em Nicaragua, que o risco de abandono foi cinco vezes maior entre os consumidores de bebidas com álcool, números superiores aos encontrados no presente estudo.

O estudo aponta que a variável População Privada de Liberdade não é significativamente estatística ($p=0,231$), semelhante ao estudo de Soares et al.²³ onde de 179 pacientes, somente o 2,7% (5) abandonaram o tratamento a diferença de pesquisas que falam que sim é significativamente específico como o estudo de Macedo et al.²⁶ onde encontram valores de abandono de mais do 10% (4,084/38,083) e como do estudo de Borges²⁷ (2014) onde o 18,8% (24/128) tiveram como situação de encerramento o abandono.

Importante mencionar que o fato de ser portador de HIV/AIDS, não aumentou a probabilidade de abandono do tratamento, isto possivelmente ocorra pelo fato de ser uma doença que precisa de cuidados e tratamento específicos, indiretamente os cuidados são ampliados para a TB. Fato discordante ao estudo realizado por

Rodrigues et al.²⁸ onde concluem que a coinfeção da Tuberculose com o HIV favorece ao abandono do tratamento da tuberculose pois há maior dificuldade para controlar esses casos ou por aspectos referentes ao próprio tratamento ou pela falta de motivação trazida pelo sentimento de iminência de morte, como também do estudo realizado em Alegre-RS por Campani¹⁸, onde sim é significativamente estatístico ($p < 0,0001$).

CONCLUSÕES:

A TB ocorreu principalmente em jovens do sexo masculino, pardos, com baixo nível de escolaridade e a forma clínica mais prevalente foi a pulmonar, sendo os principais fatores relacionados com o abandono do tratamento idade, sexo, uso de álcool e drogas ilícitas.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

1. Ferri AO, Aguiar B, Wilhelm CM, Schmidt D, Fussieger F, Picoli SU. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. *Revista Liberato*. 2014; p. 105-212, jul/dez.
2. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report*. World Health Organization. France 2016.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil livre da Tuberculose: Plano nacional pelo fim da tuberculose. *Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis*. – 1ª ed. Brasília 2017.
4. Rocha DS, Adorno RCF. Abandono ou descontinuidade do tratamento de tuberculose em Rio Branco, Acre. *Saúde Soc*. 2012; v.21, n.1, p. 232-245.
5. Paixão LM, Gontijo, ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(2):205-13.
6. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores Associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose: Uma Revisão Integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2011; Jul-Set; 20(3): 599-406.

7. Hijjar M.A, Oliveira MJ, Teixeira GMA. Tuberculose no Brasil e no Mundo. *Bol. Pneumol. Sanit.* 2001; v. 9 n2.
8. Ministério da Saúde (BR). Panorama da tuberculose no Brasil: a mortalidade em números. Brasília 2016.
9. Sá LD, Souza KMJ, Nunes, MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm.* 2007; Out-Dez; 16(4):712-8.
10. Moreira AC, Sanchez MS, Moreira SS, Lopes CM. A Prevalência da Tuberculose no Estado do Acre. *Rev. Bras. Enferm.* 2004; nov/dez 57(6):691-7.
11. Barbosa IR, Cosme CLF. Distribuição Espacial dos casos novos de Tuberculose Pulmonar nos Municípios da Região Norte do Brasil, no período de 2005 a 2010. *Caminhos de Geografia.* 2013; v.14, n. 47 p. 110-121.
12. Jesus BFG, Souza PGO, Silveira MF, Espírito Santo LR. Perfil Epidemiológico da Tuberculose na Cidade de Montes Claros de 2005 a 2009. *Rev. Bras. Farm.* 2012; 93 (1):80-84.
13. Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Vigilância em Saúde Tuberculose: guia de vigilância epidemiologia.* Brasília 2012, p. 45-46.
14. Mais Médicos. Conheça o Programa. Disponível em: <<http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 14 de março de 2018.
15. Giroti SKO, Belei RA, Moreno FN, Silva FS. Perfil dos pacientes com Tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(2) 271-7.
16. Silva PF, Moura GS, Caldas AJM. Fatores Associados a Abandono do Tratamento Pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(8): 1745-1754, ago.
17. Ventura AA. Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose na Região de Saúde de Botuca TU-SP 1993-1998 [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP; 2001.
18. Mendes AM, Fensterseifer LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? *Bol. Pneumol.* 2004; v.12 n.1 abr.
19. Heck MA, Costa JSD, Nunes MF. Prevalência de abandono do tratamento da tuberculose e fatores associados no município de Sapucaia do Sul (RS), Brasil, 2000-2008. *Ver. Bras. Epidemiologia.* 2011; 14(3): 478-85.

20. Campani STA. Fatores preditores para o abandono do tratamento da Tuberculose pulmonar (esquema primeira linha) em Porto Alegre [Dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
21. Silva CCAV, Andrade MS, Cardoso MD. Fatores Associados ao Abandono do Tratamento de Tuberculose em Unidades de Referência de Recife-PE. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013; 22(1) 77-85, jan-mar.
22. Oliveira PB, Fatores Associados ao Abandono de Tratamento da Tuberculose nos Municípios considerados Prioritários para o desenvolvimento das Ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Brasil [Dissertação]. Brasília: Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília; 2013.
23. Soares MLM, Amaral NAC, Zacarias ACP, Ribeiro, LKN. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017; 26(2) 369-378 abr-jun.
24. Torres Z, Herrera T. Perfil del Paciente con Tuberculosis que abandona el tratamiento em Chile. *Rev Chil Enf Respir*. 2015; 31: 52-57.
25. Pineda NIS, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del Tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de um estudio comparativo. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2005; 17(4).
26. Macedo LR, Maciel ELN, Struchiner CJ. Tuberculose na População Privada de Liberdade do Brasil 2007-2013. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2017; 26(4):783-794, out-dez.
27. Borges MJG. Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose no Sistema Prisional em São José do Rio Preto/SP [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto SP; 2014.
28. Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silva SED. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):383-7.

Tabela 01 Comparação das Proporções das Variáveis Sociodemográficas em Relação ao Abandono do Tratamento, Rio Branco, Acre 2016

VARIÁVEL	ABANDONO		P=Valor
	SIM N=19 % (n)	NÃO N=257 % (n)	
IDADE			0,004
≤ 29 anos	11,5 (15)	88,5 (116)	
30 a +	2,8 (4)	97,2 (141)	
SEXO			0,070
Masculino	8,5 (17)	91,5 (184)	
Feminino	2,7 (2)	97,3 (73)	
RAÇA			0,004
Parda	4,5 (10)	95,5 (212)	
Outros	16,7 (9)	83,3 (45)	
ESCOLARIDADE			0,168
0-7 anos	5,9 (14)	94,1 (222)	
8 a +	12,5 (5)	87,5 (35)	
RESIDÊNCIA			0,643
Urbana	7,0 (18)	93,0 (240)	
Rural	5,6 (1)	94,4 (17)	
AGRAVANTE ÁLCOOL *			0,008
Sim	16 (8)	84 (42)	
Não	4,5 (10)	95,5 (210)	
AGRAVANTE DROGAS *			0,004
sim	17 (9)	83 (44)	
Não	4,6 (10)	95,4 (208)	
AGRAVANTE TABACO			0,479
Sim	7,4 (5)	92,6 (63)	
Não	13 (6,3)	93,7 (192)	
POP PRIVADA LIBERDADE			0,231
Sim	4,5 (3)	95,8 (68)	
Não	7,8 (16)	92,2 (189)	

*Foram excluídos para a análise os pacientes com dados ignorados.

Tabela 02 Comparação das Proporções das Variáveis Clínico-Laboratoriais em Relação ao Abandono do Tratamento, Rio Branco, Acre 2016

VARIÁVEL	ABANDONO		P=Valor
	SIM N=19 % (n)	NÃO N=257 % (n)	
TIPO DE ENTRADA			0,012
caso novo + transferência	5,3 (13)	94,7 (232)	
recidiva + reinfecção	19,4 (6)	80,6 (25)	
FORMA CLÍNICA			0,154
Pulmonar	7,6 (19)	92,4 (232)	
Extrapulmonar	0,00 (0)	100 (25)	
BACILOSCOPIA *			0,587
Positiva	7,1 (15)	92,9 (196)	
Negativa	7,3 (3)	92,7 (38)	
RAIO X TÓRAX *			0,598
Suspeito	6,4 (11)	93,6 (161)	
Normal	0,0 (0)	100 (8)	
HIV *			0,587
Positivo	0 (0)	100 (7)	
Negativo	7,4 (18)	92,6 (224)	
CULTURA *			0,467
Positiva	5,7 (4)	94,3 (66)	
Negativa	7,7 (4)	92,3 (48)	
BACILOCOPIA 1º. MÊS *			0,287
Positiva	0,0 (0)	100 (21)	
Negativa	6,2 (9)	93,8 (136)	

*Foram excluídos para a análise os pacientes com dados ignorados.

Tabela 03 Comparação das Proporções dos Fatores Associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose, Rio Branco, Acre 2016

VARIÁVEL	ABANDONO		RP	95% IC	P
	SIM N=19 % (n)	NÃO N=257 % (n)			
IDADE			4,151	1,413-12,190	0,004
≤ 29 anos	11,5 (15)	88,5 (116)			
30 a +	2,8 (4)	97,2 (141)			
SEXO			3,172	0,751-13,399	0,070
Masculino	8,5 (17)	91,5 (184)			
Feminino	2,7 (2)	97,3 (73)			
RAÇA			0,270	0,116-0,632	0,004
Parda	4,5 (10)	95,5 (212)			
Outros	16,7 (9)	83,3 (45)			
ESCOLARIDADE			0,475	0,181-1,245	0,168
0-7 anos	5,9 (14)	94,1 (222)			
8 a +	12,5 (5)	87,5 (35)			
RESIDÊNCIA			1,256	0,178-8,881	0,643
Urbana	7,0 (18)	93,0 (240)			
Rural	5,6 (1)	94,4 (17)			
HIV *			-----	-----	0,587
Positivo	0 (0)	100 (7)			
Negativo	7,4 (18)	92,6 (224)			
ÁLCOOL *			3,520	1,464-8,465	0,008
Sim	16 (8)	84 (42)			
Não	4,5 (10)	95,5 (210)			
DROGAS *			3,702	1,584-8,653	0,004
sim	17 (9)	83 (44)			
Não	4,6 (10)	95,4 (208)			
USO DE TABACO			1,160	0,429-3,134	0,479
Sim	7,4 (5)	92,6 (63)			
Não	13 (6,3)	93,7 (192)			
PRIVADA LIBERDADE			0,541	0,163-1,803	0,231
Sim	4,5 (3)	95,8 (68)			
Não	7,8 (16)	92,2 (189)			

* Foram excluídos para a análise os pacientes com dados ignorados.

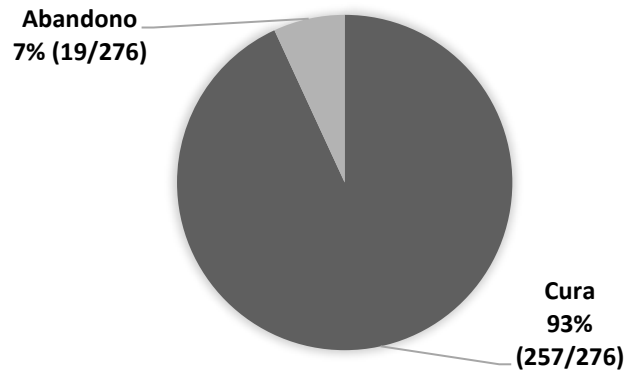


Figura 01: Situação de Encerramento dos Pacientes Notificados Tuberculose 2016 segundo relação Cura : Abandono. Rio Branco, Acre.

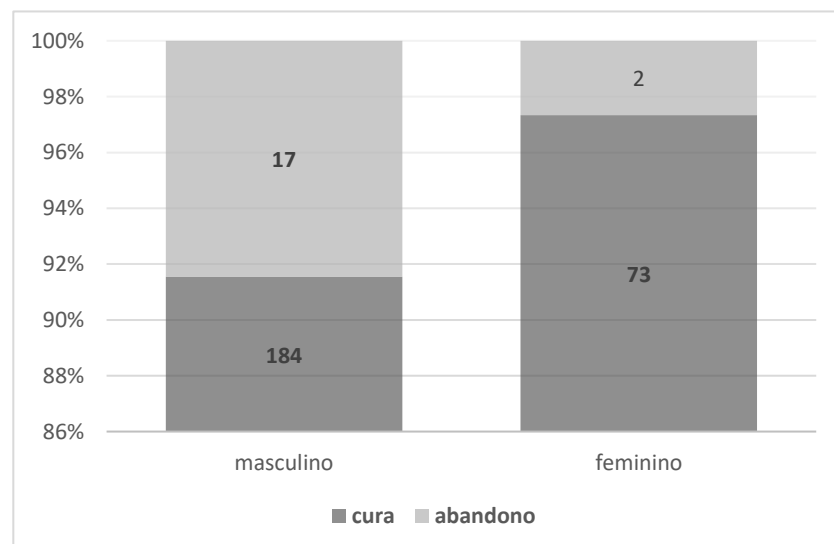


Figura 02: Características dos Pacientes de acordo com a Situação de Encerramento segundo Sexo Rio Branco, Acre 2016.

10 ANEXOS

ANEXO A

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual			2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		
Dados do Caso	5 Agravado TUBERCULOSE			Código (CID10) A169	6 Data do Diagnóstico	
	7 Nome do Paciente			8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Parda 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 9-Não se aplica 9-Ignorado		
	13 Número do Cartão SUS			14 Nome da mãe		
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida...)			Código	16 Número	
	17 Complemento (apto., casa, ...)			18 Ponto de Referência		
	20 Município de Residência			Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro			Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código		
Dados Complementares do Caso						
Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário			27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica		
	28 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência					
Dados Clínicos	29 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado			30 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		
	31 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar	32 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 4 - Óssea 7 - Meningite 2 - Gang. Perif. 5 - Ocular 8 - Outras 3 - Genitúrnaria 6 - Miliar 9 - Não Se Aplica	33 Agravos Associados 1 - Aids 2 - Alcoolismo 3 - Diabetes 4 - Doença Mental 5 - Outros 9 - Ignorado			
	34 Baciloscopia de Escarro 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada			35 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		
Dados de Laboratório	36 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada			37 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		
	38 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado	39 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado				
Tratamento	40 Data de Início do Tratamento Atual	41 Drogas <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Estreptomicina <input type="checkbox"/> Etonamida <input type="checkbox"/> Outras _____				
	42 Tratamento Supervisionado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	43 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Investigador	44 Município/Unidade de Saúde			45		
	46 Nome	47 Função	48 Assinatura			

ANEXO B

TELA DE ACOMPANHAMENTO PACIENTE TUBERCULOSE

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

48	UF	49	Município de Notificação Atual	Código (IBGE)	50	N° Notificação Atual			
51	Data da Notificação Atual			52	Unidade de Saúde Atual		Código		
53	UF	54	Município de Residência Atual	Código (IBGE)	55	CEP			
56	Distrito de Residência Atual			57	Bairro de Residência Atual				
58	Baciloscopias de acompanhamento (escarro)			1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica					
59	Número do prontuário atual			60	Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado		61	Total de contatos examinados	
62	Situação de Encerramento			1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7- TB-DR					
63	Se transferência			1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado					
64	UF de transferência	65	Município de transferência	66	Data de Encerramento				

ANEXO C



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTAS DE DADOS

Eu, Maria Socorro Martins de Souza, responsável pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica Municipal de Rio Branco-AC, RG 197270, CPF339867892-00, AUTORIZO Luis Fernando Borja Gómez, Médico de Família e Comunidade, CRM 537-AC, com RG 1048256-3 SSP/AC e CPF 509.100.942-68, Servidor Público da Secretaria Estadual de Saúde do Acre, matrícula 338899-07, e aluno do curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da UFAC e Dra. Mônica da Silva Nunes, RG 22.525.402 SSP/SP e CPF 119.931.258-41, Professora Adjunta e orientadora da Universidade Federal do Acre, matrícula SIAPE 01566655a realização de coleta de dados das fichas de notificação no Setor de Vigilância Epidemiológica Municipal de Rio Branco a fim de obter dados dos pacientes diagnosticados com tuberculose e utilizá-los na pesquisa intitulada como **“ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL: SEGUIMENTO DE PACIENTES NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO- ACRE ANO 2016”**, que tem por objetivo primário identificar o perfil epidemiológico e os fatores associados ao abandono do tratamento dos pacientes com tuberculose.

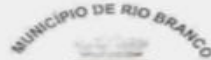
Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- a) Iniciarem a coleta de dados somente após terem seus projetos de pesquisa aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos;
- b) Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos;
- c) Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e a obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Rio Branco-AC, 14 de Julho de 2016.

Maria Socorro Martins de Souza
Maria Socorro Martins de Souza
Diretora do Departamento de
Vigilância Epidemiológica e Ambiental

ANEXO D



ESTADO DO ACRE
 PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 GABINETE DO SECRETÁRIO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA COM ACESSO A PRONTUÁRIO CLÍNICO


Eu, **Gabriela Nascimento Lima**, Chefe da Divisão da Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde em Rio Branco/Acre, RG N° 0325937 SSP/AC, CPF N° 712.814.282-72, **AUTORIZO** a orientadora **Profª. Dra. Mônica da Silva Nunes**, RG N° 22525402 SSP/SP, CPF N° 119.931.258-41, MATRÍCULA: 01566655, e o pesquisador **Luis Fernando Borja Gomez**, RG N° 1048256-3 SSP/AC, CPF N° 509.100.942-68, MATRÍCULA: 348899-7, do **Curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, da Universidade Federal do Acre**, a realizarem a coleta de dados dos pacientes notificados com Tuberculose no período do estudo (12 meses), segundo a ficha de notificação/investigação e tela de acompanhamento de Tuberculose, entrevista com os pacientes do estudo, bem como a terem acesso aos PRONTUÁRIOS CLÍNICOS dos pacientes diagnosticados com Tuberculose no Município de Rio Branco e a usá-los como fonte de dados para a realização do Projeto de Pesquisa **"ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL: ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO- ACRE ANO 2016"**, que tem por objetivo primário identificar o perfil epidemiológico e os fatores associados ao abandono do tratamento dos pacientes com tuberculose.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

1. Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
2. Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
3. Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012.
4. Obedecerem às disposições éticas de manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários clínicos sob a guarda desta instituição de saúde, bem como a manter a privacidade de seus conteúdos, nos termos em que preconiza a Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012.
5. Obedecerem às disposições legais brasileiras, expressas na Constituição Federal, artigo 5°, incisos X e XIV; no Novo Código Civil, artigos 20 e 21; no Código Penal, artigos 153 e 154; e no Código de Processo Civil, artigos 347, 363 e 406.
6. Disponibilizar os resultados das pesquisas e, quando necessário apresentá-los em ocasião oportuna, para as áreas afins.

Rio Branco, Acre, 19 de julho de 2016.

Atenciosamente,


Gabriela Nascimento Lima
 Chefe Divisão de Educação na Saúde/SEMSA
 Portaria/GAB/SEMSA/N°113

ANEXO E

Revista de Saúde Pública

· [Print](#)

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to
Revista de Saúde Pública

Manuscript ID
RSP-2018-0918

Title

Fatores Relacionados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco-AC 2016

Authors
Gómez, Luis
Lobato, Maria
Date Submitted
05-May-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

· [@ScholarOneNews](#) | · [System Requirements](#) | · [Privacy Statement](#) | · [Terms of Use](#)