

FATORES DE RISCO PARA O ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO AMAZÔNICO

Risk factors for the abandonment of tuberculosis treatment in an amazon priority municipality

Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de la tuberculosis en un municipio prioritario amazónico

Melisane Regina Lima Ferreira¹, Rafaele Oliveira Bonfim², Tatiane Cabral Siqueira³, Nathalia Halax Orfão⁴

Como citar este artigo:

Ferreira MRL, Bonfim RO, Siqueira TC, Orfão NH. Fatores de risco para o abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário amazônico. 2021 jan/dez; 13:185-191. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8133>.

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores de risco para o abandono do tratamento da tuberculose no município de Porto Velho – RO, no período de 2010 a 2015. **Método:** estudo descritivo, transversal e quantitativo dos dados coletados no Sistema de Notificação de Agravos Nacional de todos os portadores de tuberculose que abandonaram o tratamento no município. Análise foi realizada através de distribuição de frequência, após atender os preceitos éticos. **Resultados:** pertencer ao sexo masculino (73,6%), média de idade de 34,8 anos, cor/raça parda (70,2%), baixa escolaridade (35,1%), desemprego (8,9%), caso novo (64,3%), forma clínica pulmonar (87,4%), raio-x suspeito (75%), baciloscopia de escarro positiva (62,5%), exames de controle mensal não realizados/ em branco, aproximadamente quatro meses de tratamento e não ser acompanhado pelo regime do Tratamento Diretamente Observado, constituíram como fatores de risco para o abandono. **Conclusão:** evidencia-se a necessidade de ações sobre estes fatores, afim de fornecer subsídios para o controle da doença. **Descritores:** Tuberculose; Pacientes desistentes do tratamento. Fatores de risco. Adesão à medicação; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: to analyze the risk factors for the abandonment of tuberculosis treatment in the municipality of Porto Velho - RO, from 2010 to 2015. **Methods:** a descriptive, cross-sectional and quantitative study of the data collected in the National Disease Notification System of all tuberculosis patients who abandoned treatment in the municipality. Analysis was performed through frequency distribution, after meeting the ethical precepts. **Results:** male (73.6%), mean age 34.8 years, brown color/ race (70.2%), low schooling (35.1%), unemployment

- 1 Graduanda de Enfermagem, Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho – Rondônia – Brasil.
- 2 Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil.
- 3 Graduanda de Enfermagem, Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho – Rondônia – Brasil.
- 4 Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho – Rondônia - Brasil.

(8.9%), new case (64.3%), pulmonary clinical form (87.4%), suspected x-ray (75%), sputum smear positive (62.5%), monthly checkups uncompleted/ blank monthly control tests four months of treatment and not being accompanied by the Directly Observed Treatment regimen, were considered as risk factors for abandonment. **Conclusion:** the need for action on these factors is evidenced, in order to provide subsidies for the control of the disease.

Descriptors: Tuberculosis; Patient dropouts; Risk factors; Medication adherence; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores de riesgo para el abandono del tratamiento de la tuberculosis en el municipio de Porto Velho - RO, en el periodo de 2010 a 2015. **Método:** estudio descriptivo, transversal y cuantitativo de los datos recogidos en el Sistema de Notificación de Agravios Nacional de todos los portadores de tuberculosis que abandonaron el tratamiento en el municipio. El análisis fue realizado a través de la distribución de frecuencia, después de atender los preceptos éticos. **Resultados:** pertenencia al sexo masculino (73,6%), promedio de edad de 34,8 años, color/ raza parda (70,2%), baja escolaridad (35,1%), desempleo (8,9%), caso nuevo (64,3%), forma clínica pulmonar (87,4%), radiografía sospechosa (75%), baciloscopia de esputo positivo (62,5%), exámenes de control mensual no realizados/ en blanco, aproximadamente cuatro meses de tratamiento y no ser acompañado por el régimen del Tratamiento Directamente Observado, constituyeron como factores de riesgo para el abandono. **Conclusión:** se evidencia la necesidad de acciones sobre estos factores, a fin de proporcionar subsidios para el control de la enfermedad.

Descriptor: Tuberculosis; Pacientes desistentes del tratamiento; Factores de riesgo; Cumplimiento de la medicación; Epidemiología.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é a primeira principal causa de óbito por doenças infectocontagiosas no mundo, superando o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a malária juntos. Estima-se que mundialmente, em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram por TB, além de 1,3 milhão de óbitos pela doença¹.

O Brasil é o 20º dos 30 países que concentram mais de 80% dos casos de TB no mundo¹. Em 2016, o país registrou mais de 66 mil casos novos da doença com uma taxa de incidência estimada em 32,4 casos/ 100 mil habitantes, o que ainda está acima do que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como política até 2035 (menos de 10 casos de TB/100 mil hab.). Em relação aos desfechos, verificou-se que no mesmo ano houve baixa taxa de cura (71,9%) e elevada para o abandono (10,4%) quando comparado com as metas estabelecidas pela OMS, de no mínimo 85% e até 5%, respectivamente².

No Estado de Rondônia, em 2016, o coeficiente de incidência de TB foi de 33,1 casos/ 100 mil hab., bem como desfechos com baixa taxa de cura (71,1%) e elevada para o abandono (15,8%). Isto o configura como o 2º Estado com menor taxa de cura da região Norte e maior taxa de abandono do Brasil, atrás somente do Pará e Rio Grande do Sul, respectivamente². No entanto, estes números podem não representar a realidade epidemiológica da doença, uma vez que existe subnotificação dos casos.

Diante deste cenário epidemiológico, Porto Velho é considerado prioritário para o controle da TB, tendo em vista que no ano de 2016 apresentou elevado coeficiente de incidência (69,2 casos/ 100 mil hab.) e taxa de abandono (15,7%), bem como baixa taxa de cura (70,5%)², o que reflete fragilidades nas ações de vigilância dos casos.

Considerado quando o portador de TB não ingere a medicação por mais de 30 dias consecutivos, a partir da data agendada para o seu retorno, o abandono do tratamento não interrompe a cadeia de transmissão da doença, além de promover o aumento da gravidade dos sinais e sintomas, resistência aos medicamentos e o óbito, configurando-se assim, como um dos aspectos mais desafiadores atualmente para o desfecho do tratamento e controle da TB^{3,4}.

O abandono do tratamento envolve os aspectos multifatoriais, tais como usuário, família, serviços e profissionais de saúde. Sendo assim, o vínculo e o acolhimento são elementos primordiais para assegurar a adesão ao tratamento, pois além de diminuir custos, promove a corresponsabilização pelo portador de TB e o autocuidado apoiado^{5,6}.

Diante disso, este estudo buscou analisar os fatores de risco para o abandono do tratamento da TB no município de Porto Velho - RO, no período de 2010 a 2015, a fim de possibilitar o planejamento de ações e estratégias para identificação precoce e supervisão destes casos visando o controle e sucesso do tratamento da doença no município.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal e abordagem quantitativa, realizado em Porto Velho - RO, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) responsável por realizar a busca de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento, controle mensal e de comunicantes, bem como o Tratamento Diretamente Observado (TDO). A rede de apoio é constituída por serviços de referência para o acompanhamento dos casos de TB extrapulmonar, coinfeção TB/HIV, TB drogarristente e internação, se necessário.

Foram considerados todos os registros dos portadores de TB diagnosticados e notificados no Sistema de Notificação de Agravos Nacional (SINAN), no período de 2010 a 2015, em Porto Velho. Como critérios de inclusão adotou-se todos os portadores de TB que abandonaram o tratamento no período previamente selecionado. E, como exclusão, aqueles que tiveram como situação de encerramento: cura, óbito, mudança de diagnóstico e transferência.

Para a coleta de dados, foi realizado um levantamento das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação, doenças e agravos associados) e clínicas (município de moradia e de notificação da doença, forma clínica, tipo de caso, ano da notificação, exames diagnósticos e de controle mensal, teste anti-HIV, tempo de tratamento, controle de comunicantes e regime de tratamento do TDO) no SINAN, os quais foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA).

Os dados coletados foram analisados a partir do *software Statistic 13.0*, da *Statsoft*, para a análise descritiva por meio

de distribuição de frequência, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) conforme parecer 2.399.327 CEP/NUSAU/UNIR.

RESULTADOS

No período de 2010 a 2015, foram notificados 4.200 portadores de TB em Rondônia, dos quais 2.627 (62,5%) foram no município de Porto Velho. Ressalta-se que 592 (22,5%) tiveram como desfecho o abandono no estado e destes 493 (83,3%) foram na capital.

No que concerne ao ano de notificação, verificou-se que houve um aumento no percentual de casos que abandonaram o tratamento da TB no período selecionado, principalmente em 2014 (22,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de TB que abandonaram o tratamento, de acordo com o ano de notificação. Porto Velho, RO, Brasil, 2010-2015

Ano	N=493	%
2010	56	11,4
2011	61	12,4
2012	89	18,1
2013	79	16,0
2014	109	22,1
2015	99	20,0

Fonte: SINAN, 2016

A média de idade dos portadores de TB que abandonaram o tratamento foi de 34,8 anos (dp= ± 13,6 anos), sendo o mínimo de 0 anos e o máximo de 90 anos.

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico, a maioria dos portadores de TB era do sexo masculino (73,6%), autodeclarado pardo (70,2%), de quatro a oito anos de estudo (35,1%), desempregados (8,9%) e não possuíam outras doenças e agravos, tais como aids (52,8%), alcoolismo (77,5%), diabetes (92,7%) e doença mental (95,6%). Embora não tenha sido possível verificar a associação com o tabagismo e uso de drogas ilícitas pelo elevado percentual de ignorado/ em branco, 76,3% e 76,7%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do perfil sociodemográfico dos portadores de TB que abandonaram o tratamento. Porto Velho, RO, Brasil, 2010-2015

Variáveis	N=493	%
Sexo	Masculino	363 73,6
	Feminino	130 26,4
Raça/Cor	Parda	346 70,2
	Branca	91 18,4
	Preta	40 8,1
	Amarela	4 0,8
	Indígena	2 0,4
Ignorado/ Em branco	10 2,1	

Variáveis	N=493	%	
Escolaridade	Analfabeto	23 4,7	
	De 1 a 4 anos	97 19,7	
	De 4 a 8 anos	173 35,1	
	De 8 a 11 anos	74 15,0	
	11 anos ou mais	55 11,1	
	Ignorado/ Em branco	71 14,4	
Ocupação	Desempregado	44 8,9	
	Dona de casa	39 7,9	
	Presidiário	36 7,3	
	Estudante	23 4,7	
	Pedreiro	18 3,7	
	Outros*	100 20,3	
Doenças e Agravos associados	Ignorado/ Em branco	233 47,2	
	Aids	Não	260 52,8
		Sim	78 15,8
	Alcoolismo	Ignorado/ Em branco	155 31,4
		Não	382 77,5
		Sim	97 19,7
	Diabetes	Ignorado/ Em branco	14 2,8
		Não	457 92,7
		Sim	19 3,9
	Doença Mental	Ignorado/ Em branco	17 3,4
		Não	471 95,6
		Sim	6 1,2
Uso de Drogas Ilícitas	Ignorado/ Em branco	16 3,2	
	Não	91 18,4	
	Sim	24 4,9	
Tabagismo	Ignorado/ Em branco	378 76,7	
	Não	91 18,4	
	Sim	26 5,3	
Outros**	Ignorado/ Em branco	376 76,3	
	Não	390 79,1	
	Sim	44 8,9	
Ignorado/ Em branco	59 12,0		

* Outros (principais): Aposentado/pensionista (n=10, 2,0%); Auxiliar de escritório em geral (n=7, 1,4%); Trabalhador agropecuário em geral (n=5, 1,1%); Carpinteiro (n=4, 0,8%); Pintor de obras (n=4, 0,8%). ** Outros: Drogadito (n=25, 5,0%), Tabagismo (n=9, 1,8%); Drogas e Tabaco (n=2, 0,4%); Alcoolismo (n=1, %); HIV (n=1, 0,2%); Hepatite B (n=1, 0,2%); Artrite (n=1, 0,2%); Asma (n=1, 0,2%); Malária (n=1, 0,2%); em branco (n=2, 0,4%).

Fonte: SINAN, 2016

Quanto ao município de moradia e notificação da doença dos portadores de TB, houve predomínio de ambos em Porto Velho (96,6% e 99,6%, respectivamente), embora dois casos residissem em outros municípios, como Ariquemes, ou estado, como Amazonas (Tabela 3), o qual era responsável, em 2015, pelo maior coeficiente de incidência de TB no país (67,2 casos de TB/100 mil hab.)².

Além disso, a maioria dos portadores de TB eram casos novos (64,3%), tinham a forma clínica pulmonar (87,4%), raio-x suspeito de TB (75%), baciloscopia de escarro positiva para diagnóstico (62,5%) e HIV negativo (43,2%). O exame de baciloscopia para controle mensal foi realizado no 1º e 2º mês de tratamento (14,3% e 9,3%, respectivamente), e posteriormente estavam em branco. Ressalta-se que no 3º e 4º mês observou-se baciloscopias positivas (0,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das características clínicas dos portadores de TB que abandonaram o tratamento. Porto Velho, RO, Brasil, 2010-2015

Variáveis	N=493	%	
Município de Residência	Porto Velho	476	96,6
	Candeias do Jamari	5	1,0
	Guajará-Mirim	3	0,6
	Ariquemes	2	0,4
	Itapuã do Oeste	2	0,4
	Presidente Médici	1	0,2
	São Francisco do Guaporé	1	0,2
	Manicoré - AM	1	0,2
	Humaitá - AM	1	0,2
Em branco	1	0,2	
Município de Notificação	Porto Velho	491	99,6
	Ariquemes	2	0,4
Tipo de Caso	Caso Novo	317	64,3
	Reingresso após abandono	123	25
	Recidiva	35	7,1
	Transferência	18	3,6
Forma Clínica	Pulmonar	431	87,4
	Extrapulmonar*	55	11,2
	Pulmonar + extrapulmonar	7	1,4
Exames Diagnósticos			
Raio-x	Suspeito	370	75
	Normal	18	3,7
	Outra Patologia	16	3,2
	Não realizado	88	17,9
	Em branco	1	0,2
Baciloscopia de Escarro	Positivo	308	62,5
	Negativo	115	23,3
	Não realizado	67	13,6
	Em branco	3	0,6
Anti HIV	Negativo	213	43,2
	Positivo	120	24,3
	Em andamento	21	4,3
	Não realizado	139	28,2

Variáveis	N=493	%	
Exame de Controle Mensal			
1º mês	Não realizado	283	57,4
	Negativo	50	10,1
	Não se aplica	22	4,5
	Positivo	21	4,2
2º mês	Em branco	117	23,8
	Não realizado	245	49,7
	Em branco	180	36,5
	Negativo	42	8,5
3º mês	Não se aplica	22	4,5
	Positivo	4	0,8
	Em branco	282	57,2
	Não realizado	158	32,0
4º mês	Negativo	30	6,1
	Não se aplica	22	4,5
	Positivo	1	0,2
	Em branco	364	73,8
5º mês	Não realizado	92	18,7
	Negativo	14	2,8
	Não se aplica	22	4,5
	Positivo	1	0,2
6º mês	Em branco	413	83,8
	Não realizado	53	10,7
	Não se aplica	22	4,5
	Negativo	5	1,0
7º mês	Em branco	442	89,6
	Não realizado	26	5,3
	Não se aplica	22	4,5
8º mês	Negativo	3	0,6

* Extrapulmonar: Pleural (n=32, 6,5%), ganglionar periférica (n=13, 2,6%).

Fonte: SINAN, 2016

Em relação ao tempo de tratamento até o abandono, a mediana foi de 116 dias, sendo o mínimo de 0 dias e o máximo de 754 dias, o que corresponde a um período aproximado de quatro meses de tratamento.

No que se refere ao controle de comunicantes, a média total de contatos foi de 3,8 (dp= ± 6,0 contatos), com o mínimo de 0 e máximo de 41 contatos, enquanto que a média de contatos examinados foi de 1,0 (dp= ± 2,4 contatos), sendo o mínimo de 0 e máximo de 12 contatos. Além disso, 85% dos casos não estavam sendo acompanhados pelo regime do TDO.

DISCUSSÃO

No ano de 2014, houve uma inundação no leito do Rio Madeira, provocada por um aumento da quantidade de água por um evento meteorológico extremo, que se estimava que acontecesse apenas uma vez a cada século⁷. Com isso, este fenômeno pôde refletir no cenário econômico e processo de saúde-doença do município.

Esta enchente foi capaz de impactar a vida da população próxima ao local, a qual as obrigou a viver em abrigos com

condições precárias de saneamento e subsistência pelo fato de suas residências estarem cobertas pela água, sem previsão de retorno. Dessa forma, esta população tornou-se vulnerável a transmissão e disseminação da TB, dentre outras enfermidades, visto estarem em aglomerados com alto teor de insalubridade⁸.

De acordo com os resultados, neste estudo, o perfil sociodemográfico dos portadores de TB que abandonaram o tratamento corrobora com a literatura, com uma faixa etária economicamente ativa e reprodutiva, homens, etnia parda, baixa escolaridade e sem vínculo empregatício.

O desfecho associado à idade de 34,8 anos, representa uma maior proporção entre adultos jovens abandonarem o tratamento. O estilo de vida desta população que, na maioria das vezes, possuem horários irregulares para alimentar-se, deveres do trabalho e da família, dificulta o acompanhamento das enfermidades por conta do horário disponível para as consultas de monitoramento e avaliação do seu estado de saúde^{4,8,9}.

O sexo masculino geralmente adere menos às recomendações do tratamento quando comparado às mulheres. Isto se dá pela própria condição do homem frente à doença e comportamentos de risco relacionado à saúde⁹.

Quanto à raça/cor autodeclarada parda, a alta taxa (70,2%) pode ser explicada pela própria característica da miscigenação racial iniciada no período de colonização do estado e município. Sendo assim, o desfecho do estudo foi associado à região na qual os portadores de TB estão inseridos e o tipo de raça predominante no local e não à predisposição racial para a doença¹⁰.

No que se refere à escolaridade e ocupação da população, quase a metade possuía baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) (35,1%), e uma parte significativa não possuía vínculo empregatício (8,9%). Tais aspectos também se configura pela característica própria do município que, em 2015, ainda possuía altas taxas de analfabetismo (29%) e desemprego (61,2%)¹¹.

Este aspecto reforça a teoria de que a TB e o abandono do tratamento ainda atingem indivíduos mais desfavorecidos social e economicamente, indicando a necessidade de ações efetivas sobre estes determinantes sociais, afim de fornecer subsídios para o controle da TB.

Por outro lado, um estudo realizado em Ribeirão Preto (SP), afirma que o emprego contribui na adesão terapêutica e recuperação do estado de saúde, visto que o indivíduo doente possui receio de perder o vínculo empregatício¹².

Além disso, a menor compreensão clínica, acesso às informações e ao tratamento nos serviços de saúde, relacionam-se com maior probabilidade de abandono¹³⁻¹⁵, o que sugere que atividades de educação em saúde com diferentes metodologias são essenciais, visando não só a qualidade da assistência, mas também a compreensão da importância da adesão ao tratamento do início ao término.

Em relação às doenças e agravos associados à TB, não pôde ser estabelecida uma associação entre aids, alcoolismo, diabetes e doença mental como fatores de risco para o abandono. No entanto, um estudo realizado em Natal (RN),

aponta que estas doenças quando associadas à TB, contribuem para o agravamento no quadro de saúde do portador e aumento da mortalidade⁸, coadjuvando no desfecho.

Quanto ao município de moradia e notificação da doença, evidencia-se a conjuntura da assistência que Porto Velho possui, visto ser prioritário para o controle da TB, além da localização geográfica com outros municípios do próprio estado (Ariquemes) e amazonenses (Humaitá e Manicoré) que, neste segundo caso, se tornam mais próximos de Porto Velho do que de Manaus por conta da proximidade fronteiriça.

Por outro lado, verifica-se que, visto as fragilidades em diagnosticar, acompanhar e tratar os casos na APS, estes eram encaminhados para o serviço de referência não só para elucidação diagnóstica, mas também diante da gravidade dos sinais e sintomas, e necessidade de internação.

Os achados deste estudo, no que concerne aos aspectos clínicos da TB, vão de encontro à literatura, mostrando o predomínio de casos novos e forma clínica pulmonar, uma vez que a transmissão se dá essencialmente pela tosse. Os sintomáticos respiratórios contribuem para o aumento do número de casos e rápida transmissibilidade da doença⁹, trazendo à tona a relevância da APS em desenvolver ações de vigilância para o rastreamento e detecção precoce destes casos.

Os exames de raio-x e baciloscopia de escarro (75% e 62,5%, respectivamente) foram os mais utilizados para o diagnóstico da TB. Porém, o que deveria ser apenas um exame auxiliar para o diagnóstico dos casos suspeitos de TB, a radiografia foi a mais realizada neste estudo, superando a baciloscopia de escarro, método de baixo custo e fácil para coletar em qualquer serviço de saúde.

Isto reflete fragilidades operacionais de vigilância em saúde e na detecção dos casos bacilíferos, o que pode influenciar na demora do diagnóstico e início do tratamento, além da maior exposição do caso suspeito em serviços de referência para realizar o exame.

Ressalta-se que a partir de 2015, foi implantado no município, o Teste Rápido Molecular (TRM) para diagnóstico da TB em tempo hábil (cerca de duas horas) e detecção no que concerne a sensibilidade à rifampicina. Entretanto, por se tratar do período ainda de implantação, esta variável não foi considerada para este estudo por não compreender todo o período analisado.

Mesmo que preconizada pelo Ministério da Saúde para todos os casos diagnosticados com TB³, o teste anti-HIV não foi realizado em 28,2% dos casos, o que merece uma atenção especial, pois o exame contribui para a detecção precoce do vírus e início da terapia antirretroviral (TARV), reduzindo as chances de falência do tratamento da TB.

Todavia, é importante ressaltar que 21 casos (4,3%) estavam com o teste anti-HIV em andamento, mesmo após o fechamento dos registros no período analisado, o que sugere uma deficiência na compilação e retroalimentação no sistema de informação¹³, acompanhamento dos casos e conhecimento da magnitude da coinfeção TB/HIV.

Segundo Orfão e colaboradores (2015)¹², indivíduos coinfectados TB/HIV possuem maior probabilidade de não aderir ao tratamento, seja pelo tempo, grande quantidade

de medicamentos diários, bem como pelos diversos efeitos colaterais e, em alguns casos, necessitem de internação.

Por outro lado, nota-se que, mesmo os exames de baciloscopia para controle mensal serem realizados no 1º e 2º mês de tratamento e, posteriormente, estarem em branco, ainda foram observadas baciloscopias positivas no 3º e 4º mês.

Questiona-se sobre o inadequado acompanhamento destes casos durante o tratamento, identificação precoce dos portadores de TB mais vulneráveis ao abandono, de que forma é realizado o desfecho dos casos, bem como se os exames para controle mensal não são realizados pelo portador de TB ou até mesmo pela não solicitação destes pelos profissionais de saúde¹⁶.

Durante os primeiros meses do tratamento, observa-se que ocorre uma melhora do quadro clínico e desaparecimento dos sinais e sintomas, o que pode propiciar uma falsa sensação de cura ao portador de TB^{4,17}, ao mesmo tempo em que poderia ser evitada com o desenvolvimento de estratégias, tais como o aumento da cobertura do TDO (15% no período selecionado).

Esta estratégia garante a continuidade e sucesso no desfecho do tratamento por meio da supervisão da ingestão medicamentosa¹⁸ e (re)conhecimento do contexto de vida do portador de TB, família e comunidade de maneira integral e singular^{12,13,19}, possibilitando o aumento do vínculo, responsabilidade e cuidado humano, sendo assim, mais eficaz.

Além disso, como ferramenta de prevenção à TB, recomenda-se o rastreamento dos comunicantes por meio de uma melhor organização do processo de trabalho e desenvolvimento das ações e estratégias na APS no que diz respeito a vigilância e controle da doença²⁰.

Diante disso, para uma adesão efetiva somente o acesso ao diagnóstico e regime medicamentoso não são suficientes. As lacunas acerca dos aspectos relacionados à doença como sinais e sintomas, forma de transmissão, efeitos colaterais e tempo de duração do tratamento, devem ser identificadas precocemente visando a redução da probabilidade para o abandono^{5,13,18}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostraram que pertencer ao sexo masculino, possuir uma idade média de 34,8 anos, cor/raça parda, baixa escolaridade, desemprego, caso novo, forma clínica pulmonar, raio-x suspeito de TB, baciloscopia de escarro positiva, exames de controle mensal não realizados/em branco, aproximadamente 4 meses de tratamento e não ser acompanhado pelo regime do TDO, constituíram como fatores de risco para o abandono do tratamento no município.

Algumas variáveis não puderam ser associadas ao abandono devido à baixa qualidade dos registros no sistema, o que implica como uma limitação deste estudo, dificultando a análise para os fatores de risco e conhecimento do perfil epidemiológico destes portadores de TB que abandonaram o tratamento.

Para o controle da doença, se faz necessário implementação de novas estratégias para o acompanhamento e monitoramento dos casos pela APS como coordenadora e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento de bolsa de iniciação científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC 2016-2017)/UNIR, vinculado à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (PROPesq), e à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA) pela disponibilidade dos dados do SINAN.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva: WHO, 2017.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico Tuberculose. Brasília (DF): MS; 2017.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília (DF): MS; 2011.
4. Silva PF, Moura GS, Caldas AJM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. Cad. Saúde Pública 2014;30(8):1745-1754.
5. Souza EP, Barbosa ECS, Rodrigues ILA, et al. Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura. Rev. Cuid. 2015; 6(2):1094-102.
6. Wendling APB, Modena CM, Schall VT. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. Texto Contexto Enferm 2012;21(1):77-85.
7. Fearnside PM. As barragens e as inundações no rio Madeira. Ciência Hoje 2014;53(314):56-57.
8. Cavalcante EFO, Silva DMGV. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. Rev Rene 2013;14(4):720-729.
9. Abreu GRF, Figueiredo MAA. Abandono do Tratamento da Tuberculose em Salvador, Bahia, 2005-2009. Revista Baiana de Saúde Pública 2013;37(2):407-422.
10. Monteiro NLS, Neto RTL, Tavares NBF, et al. Abandono do tratamento da tuberculose: uma análise epidemiológica dos seus fatores de risco. Caderno de Cultura e Ciência 2015;13(2):Ano IX.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Porto Velho (RO): IBGE; 2017 [acesso em 2017 Maio 12]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=110020&idtema=16&search=rondonia|porto-velho|sintese-das-informacoes>
12. Orfão NH, Andrade RLP, Beraldo AA, et al. Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo. Cienc. Cuid. Saúde 2015;14(4):1453-1461.
13. Furlan MCR, Oliveira SP, Marcon SS. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. Acta Paul Enferm. 2012;25(N Esp. 1):108-114.
14. Orofino RL, Brasil PEA, Trajman A, et al. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. J Bras. Pneumol. 2012;38(1):88-97.
15. Braga JU, Pinheiro JS, Matsuda JS, et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. Cad. Saúde Colet. 2012;20(2):225-233.
16. Belo EN, Orellana JDY, Levino A, et al. Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. Rev Panam Salud Publica 2013;34(5):321-329.
17. Chirinos NEC, Meirelles BHS, Bousfield ABS. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. Texto Contexto Enferm 2017;26(1):e5650015.

18. Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, et al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. *Saúde Debate* 2014;38(102):572-581.
19. Silveira CS, Passos PT, Soder TCH, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento para Tuberculose em um município prioritário do Rio Grande do Sul. *Rev. Epidemiol Control Infect.* 2012;2(2):46-50.
20. Wysocki AD, Villa TCS, Arakawa T, et al. Latent Tuberculosis Infection Diagnostic and Treatment Cascade among Contacts in Primary Health Care in a City of Sao Paulo State, Brazil: Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* 2016;11(6):e0155348.

Recebido em: 27/09/2018

Revisões requeridas: 20/03/2019

Aprovado em: 18/05/2019

Publicado em: 15/03/2021

Autora correspondente

Melisane Regina Lima Ferreira

Endereço: Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

BR 364, Km 9,5

Porto Velho/RO, Brasil

CEP: 76801-059

Email: melisane1206@gmail.com

Número de telefone: +55 (69) 99378-1400

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**