

## Abandono do tratamento da tuberculose em duas unidades de referência de Campo Grande, MS - 2002 e 2003

Sueli Aparecida Diório de Almeida<sup>1</sup> e Michael Robin Honer<sup>2</sup>

### Resumo

O artigo apresenta estudo de série de casos, epidemiológico e descritivo, que caracteriza o abandono do tratamento da tuberculose, nas unidades de referência de Campo Grande, MS, 2002-2003, realizado por meio de levantamento no Sistema Nacional de Agravos de Notificação da Secretaria Municipal de Saúde Pública, entrevista a domicílio e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Do conjunto de 514 casos de tuberculose notificados no município, no período analisado, delimitou-se 195 para o estudo, que apresentaram: 78,4% cura, 8,2% transferência, 4,6% óbito, 3,5% mudança de diagnóstico e 5,1% abandono, caracterizando 10 casos: (2 condenados judicialmente e foragidos; 2 andarilhos; 3 mudaram do município, sem deixar novos endereços); 1 usuário de drogas, pulmonar BK+ e HIV, etilista, vigia de veículos; uma senhora do lar, meningite tuberculosa, ambos, (usuário de drogas e senhora do lar) realizaram 3 meses de tratamento e necessitavam de transporte coletivo para a ida à unidade de saúde; 1 presidiário, meningite tuberculosa, 4 meses de tratamento e HIV, tabagista, necessitava de escolta policial mensal para a ida à unidade de saúde. Os três últimos casos de 2002, foram localizados, entrevistados e, aplicado o formulário, referiram alimentação adequada durante o tratamento. Identificou-se: situações predisponentes à interrupção do tratamento; abandono de 3,4% em 2003, abaixo do percentual aceitável (5%) pelas normas nacionais do programa; possibilidade de monitorar e aperfeiçoar o sistema de vigilância epidemiológica bem como o fluxo das informações, organizando os serviços.

**Palavras chave:** tuberculose, tratamento, abandono.

### Summary

*Descriptive study focusing on defaulters among tuberculosis patients treated at the reference health units in Campo Grande, Mato Grosso do Sul State, Brazil from 2000 to 2003. Data was collected from the National System for the Registration of Diseases of the Municipal Secretary for Public Health and from domiciliary interviews. Of the total of 514 cases notified during the period, 195 cases were evaluated. 78.4% cured, 8.2% changed address, 4.6% died, 3.5% changed diagnosis and 5.1% (10) abandoned their treatment. These ten cases included two persons convicted of crimes but of unknown localization, two tramps, three persons who left the municipality, with no forwarding addresses, one addict, alcoholic and HIV positive – parking attendant; one housewife with tuberculosis meningitis, abdominal pain, headache and apathy.. Both finished three months of treatment and use public transport. One case is a convict, with tuberculosis meningitis, 4 months of treatment and HIV positive, a smoker, needing police escort for treatment. The cases localized and interviewed in 2002, using the questionnaire, claimed adequate alimentation during the treatment period. Individuals with a predisposition to abandon treatment were identified: 3.4% abandoned treatment in 2003, below the established acceptable level, i.e., 5% for the national program. The study permitted the monitoring and improvement of the epidemiological system, and also the flow of information and the organization of health services.*

**Key words:** tuberculosis, treatment, default

Artigo recebido em 15/08/2006. Aceito em 18/08/2006.

<sup>1</sup> Gerência Técnica dos Programas de Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, MS.

<sup>2</sup> Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS E.mail: suelidiorio@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A não-adesão ao tratamento da tuberculose é a principal causa de sua ineficiência e motivo, também, do aumento no número de recaídas, do desenvolvimento da resistência às drogas, do grande entrave à diminuição da cadeia de transmissão e da permanência do agravo na comunidade. Sendo esta uma doença transmitida por via aérea, as conseqüências do abandono de seu tratamento abatem-se não apenas sobre o próprio paciente, mas, igualmente, sobre toda a sociedade.

No Brasil, segundo Ruffino-Netto,<sup>1</sup> as diferentes políticas de saúde parecem não ter causado impacto algum na procura de casos de tuberculose, assim como no percentual de abandono. Este, nos últimos 20 anos, manteve-se sempre em níveis elevados, aproximadamente estável em 14%, média nacional, sendo que esses valores chegam a variar de 30% a 40% de um local para outro. Espera-se, no entanto, que esse nível venha a se modificar com o tratamento supervisionado.

Este estudo visa caracterizar o abandono do tratamento da tuberculose, esperando que esta notificação será favorável ao controle da doença.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de série de casos, epidemiológico e descritivo, com levantamento de dados dos casos de tuberculose notificados de janeiro de 2002 a dezembro de 2003, registrados nas unidades de referência municipal de saúde de Campo Grande, MS: Centro de Doenças Infecto-Parasitárias (CEDIP) e Centro Especializado Municipal (CEM). De um conjunto inicial de 514 casos de tuberculose cadastrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), delimitou-se uma amostra de 195 casos, 38% do total, para identificação dos que tiveram encerramento por abandono do tratamento.

Foram também coletados dados secundários nos registros do Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU), cadastrados no SINAN. Os registros foram atualizados, corrigindo-se o banco de dados instalado na Gerência Técnica do Programa. Isso foi feito após a análise nas respectivas fichas de investigação epidemiológica, juntamente com os profissionais responsáveis que atuam nas unidades de saúde investigadas, os quais revisaram as anotações no li-

vro específico de controle da tuberculose e também nos prontuários dos casos.

Utilizados, além disso, dados primários obtidos com a aplicação de formulário aos casos com registro de abandono de tratamento. Para tanto, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e aprovado em 6 de dezembro de 2004.

O formulário abordou quesitos relativos a atendimento e assiduidade do usuário, acesso à unidade, efeitos colaterais dos medicamentos, padrão de alimentação no período de tratamento, outros agravos, vícios, relação da atividade profissional com o término do tratamento, limitações decorrentes da doença e motivo do abandono do tratamento.

## RESULTADOS

Nos anos de 2002 e 2003 foram notificados no município 514 casos de tuberculose, dos quais, 195 pelas unidades de referência. De um total de 15 casos de abandono ocorridos o CEDIP registrou 11 e o CEM 4, para os quais foram programadas visitas domiciliares. O estudo mostrou que apenas 10 foram encerrados por abandono do tratamento. Destes, três têm endereço conhecido e foram entrevistados - um presidiário, um usuário de drogas e o terceiro uma senhora do lar; dos casos restantes, dois são indivíduos condenados pela Justiça, dois não têm endereço fixo e três mudaram-se do município sem deixar o novo endereço.

Uma análise dessa amostra de 10 casos de abandono demonstrou que: a faixa etária de 20 a 39 anos, um período produtivo na vida do indivíduo,<sup>2</sup> concentrava o maior número de casos (7), os demais grupos etários acometidos apresentaram um caso para cada, havendo um no de idoso, resultados comparáveis aos encontrados por Watanabe e Ruffino-Netto<sup>3</sup> na cidade de Ribeirão Preto, SP; a escolaridade, em termos de anos de estudo, confirmou que um caso referiu nenhum ano, três de 1 a 3 anos, dois de 4 a 7, um de 8 a 11 e três não informaram; o registro da ocupação encontrou um caso aposentado, um autônomo, um auxiliar de escritório, um carpinteiro, um trabalhador braçal, uma mulher profissional do sexo, três mulheres do lar e um não mencionou a atividade; quanto ao modo de entrada constatou-se que oito eram casos novos, um de reingresso após abandono e um de recidiva; em relação à forma clínica, cinco eram de TB pulmonar com baciloscopia positiva, um pulmonar com baciloscopia

pia negativa, um pulmonar com baciloscopia não realizada, um de extrapulmonar e dois de meningite; os agravos associados estavam representados por quatro casos de co-infecção TB/HIV, um de diabetes e um de alcoolismo; seis casos novos iniciaram tratamento com o esquema I (2RHZ/4RH), um de reingresso após abandono e um de recidiva com o IR (2RHZE/4RHE) e dois de meningite com o II (2RHZ/7RH); dos 10 que abandonaram, o tratamento supervisionado foi administrado em apenas quatro, três deles portadores da associação TB/HIV que, pelo estilo de vida que apresentavam - guardador de veículos, condenado pela Justiça, andarilho - dificultava a supervisão, corroborando com o expressado por Oliveira,<sup>4</sup> para quem a previsibilidade de abandono do tratamento está relacionada com fatores referentes ao indivíduo doente, ao seu tratamento e ao serviço.

Uma síntese dos três casos entrevistados mostrou que: eram de cor negra; dois homens com idade entre 20 e 29 anos e uma mulher entre 50 e 59; dois não tinham escolaridade e um referia de 4 a 7 anos de estudo; um era carpinteiro, outro trabalhador braçal e uma mulher do lar; dois eram casos de meningite tuberculosa e um pulmonar bacilífero; dois portadores de aids; apenas um caso recebeu tratamento supervisionado. A seguir alguns aspectos mencionados pelos entrevistados: os profissionais do CEDIP são atenciosos; é um local diferenciado no atendimento, o que foi apontado por dois respondentes, pelo fato de se atenderem portadores de aids; é próximo de suas residências, mas necessitam de recursos para o transporte; dois casos relataram mal-estar após a tomada dos medicamentos; a alimentação durante o tratamento foi descrita como adequada; dois casos informaram que não faziam uso de bebidas alcoólicas e um (usuário de drogas) relata uso de bebidas nos finais de semana; um é fumante (presidiário); as ocupações não foram empecilhos para o abandono do tratamento; justificando o abandono, a senhora relatou desânimo e acredita ter sido vitimada por "saravá" (SIC, trabalho espiritual para o mal), sem que os médicos saibam tratar de seu mal; um informou depender de escolta policial; um justificou o abandono por haver se sentido melhor e acreditar-se curado.

## DISCUSSÃO

Com base nos 15 casos de tuberculose notificados nas unidades de referência de Campo Grande como de abandono de tratamento, no período de estudo (2002-

2003), verificou-se a necessidade de alteração no sistema de informação, uma vez que as visitas domiciliares evidenciaram que, em cinco deles, o tratamento havia se encerrado de modo diverso. Nos dez casos realmente encerrados por abandono de tratamento, têm-se as seguintes características:

A tuberculose afetou principalmente indivíduos do sexo masculino (60%). Dos dez casos, 40% eram portadores de HIV (todos do sexo masculino, notificados em 2002, sendo que dois, de 24 e 29 anos, foram entrevistados).

O Ministério da Saúde<sup>5</sup> aponta que, no país, 15% dos casos de tuberculose poderiam ocorrer na faixa etária de zero a 14 anos. Na presente pesquisa não houve casos nessa faixa. As possíveis explicações para isso, segundo Oliveira et al.,<sup>6</sup> encontram-se na eficiência do serviço municipal de saúde, no efeito cumulativo dos programas de vacinação em massa com BCG-ID ou em um possível equívoco na pressuposição ministerial. Chaimowicz<sup>7</sup> observou no Brasil um deslocamento da prevalência da tuberculose para a faixa etária dos idosos. Essa transição reflete uma melhoria do perfil sócio-econômico do país, resultando em progressivo envelhecimento da população e, conseqüentemente, em aumento dos casos na faixa etária mais avançada.

A escolaridade mostrou-se baixa em quase todos os casos, com maioria de analfabetos, condição que, para Rouquayrol et al.,<sup>8</sup> revela-se como um fator importante para o abandono do tratamento de doenças como a tuberculose e, para Costa et al.,<sup>9</sup> é reflexo de todo um conjunto de condições sócio-econômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose e são responsáveis por uma maior incidência da enfermidade e menor adesão ao tratamento.

A ocupação não foi identificada como barreira ao tratamento. Natal et al.<sup>10</sup> apontam que o abandono do tratamento está muito mais relacionado com variáveis sociais e de percepção da doença e, nessa linha,

Gonçalves et al.<sup>11</sup> expõem que "o momento da vida em que cada paciente se encontra (aliado ao que lhes é requerido como homens e mulheres) impõe relações e atitudes que, por vezes, favorecem a não-adesão ao tratamento em vez da cura (da forma estipulada)".

A predominância da forma pulmonar (70%) na amostra foi semelhante à encontrada por Melo et al.,<sup>12</sup> (66,7%) no município de Londrina, PR. Outras possíveis explicações para esses resultados seriam a maior eficiência do diagnóstico da forma pulmonar e a procura sistemática de sintomáticos respiratórios pelas equipes de saúde.

O agravo associado mais freqüente foi a aids (40% do total), embora também se verificassem casos de diabetes, alcoolismo e tabagismo (10% cada). O consumo do álcool e fumo constitui fator que pode colaborar para o abandono do tratamento, ou até mesmo induzi-lo, Picon et al.<sup>13</sup> Nesse sentido, Lima et al.<sup>14</sup> em estudo com entrevista de 15 pacientes que abandonaram o tratamento, constataram que a maioria (86,6%) relatou serem grandes as dificuldades em seguir a terapia, principalmente entre os dependentes de fumo e álcool, achado também observado por Natal<sup>15</sup> que identificou a presença do alcoolismo em 48,8% de uma amostra de 120 casos de abandono.

Os resultados do presente estudo, como aqueles dos autores citados, ilustram a disseminação da co-infecção TB/HIV e a presença de dependência do fumo e do álcool entre os casos de abandono de tratamento da TB.

A duração do tratamento dos 10 casos que abandonaram obedeceu à seguinte distribuição: um mês – um caso de reingresso após abandono, esquema IR; dois meses – dois casos novos, esquema I; três meses – um caso novo, esquema I e um caso novo, esquema II; quatro meses – dois casos novos, esquema I, um caso novo, esquema II e um caso de recidiva, esquema IR; cinco meses – um caso novo, esquema I.

Dentre os três casos entrevistados, todos eles notificados em 2002 no CEDIP, dois (mulher de 59 anos e homem de 29) receberam o esquema II e um (homem de 24 anos) recebeu esquema I.

Os entrevistados do sexo masculino relataram ter percebido efeitos colaterais (mal-estar e vertigem) devidos aos medicamentos, tendo os tratamentos durado de dois a três meses.

Lima et al.<sup>14</sup> apontam, em estudo realizado no Ceará, que a decisão dos pacientes em abandonar o tratamento de tuberculose foi tomada em diferentes períodos de uso dos medicamentos, mas que o maior número de casos concentrou-se na faixa de dois a três meses. As manifestações clínicas tendem a diminuir nos primeiros quatro meses de tratamento, fato que pode predispor os pacientes ao abandono durante esse período, Costa et al.<sup>9</sup>

O abandono ocorreu tanto em pacientes do grupo supervisionado quanto no de auto-administrado. Dos três casos entrevistados, a supervisão foi proporcionada a um paciente portador de HIV e bacilífero, mas não a dois com meningite tuberculosa.

Em 2002, o SINAN notificou 261 casos de tuberculose no município de Campo Grande, dos quais, 48 (18,3%), tiveram tratamento supervisionado, sendo que o abandono, em relação ao total de casos, foi de 10%.

No mesmo ano, os sete casos de abandono notificados pelas unidades de referência, levantados no presente estudo, perfizeram 6,5% de um total de 107 casos encerrados, parcela que evidencia as deficiências dos serviços de saúde no controle e acompanhamento dos casos em tratamento. Em 2003, o SINAN notificou 253 casos de tuberculose em Campo Grande; destes, 124 (49%), receberam tratamento supervisionado. O abandono, em relação ao total de casos, foi de 9,1%. No mesmo ano, os três casos de abandono (confirmados), notificados pelas unidades de referência, perfizeram 3,4% de um total de 88 casos encerrados. Considerando-se o CEDIP somente, onde todos os três foram notificados, isso corresponde a 5% do total de 60 casos encerrados ali notificados. Essas parcelas representam uma melhoria de qualidade do controle dos casos notificados e tratados nessas unidades de referência.

A distribuição espacial dos dez casos encerrados com abandono de tratamento mostra que: a) em 2002 o CEDIP, localizado no Distrito Sanitário Norte, notificou um caso da região Segredo e um da região Prosa, ambas daquele distrito sanitário; um caso da região Lagoa, do Distrito Sanitário Oeste; e um caso da região Anhanduizinho, do Distrito Sanitário Sul; b) no mesmo ano, o CEM, localizado no Centro, notificou um caso da região Segredo e dois da região Prosa, ambas do Distrito Sanitário Norte; c) em 2003, o CEDIP notificou um caso da região Segredo e dois da região Prosa, ambas do Distrito Sanitário Norte.

Verifica-se, assim, que em uma pequena amostra os casos estiveram distribuídos em regiões de três distritos sanitários (as regiões Segredo, Prosa, Lagoa e Anhanduizinho). Na amostra apenas não houve casos das regiões Imbirussu (Sul), Bandeira (Leste) e Centro.

Dos dez casos, 80% pertencem ao Distrito Sanitário Norte (cinco na região Prosa e três na região Segredo), 10% ao Distrito Sanitário Oeste e 10% ao Distrito Sanitário Sul.

Embora isso revele a gravidade da epidemia no Distrito Sanitário Norte, é preciso ter em mente que, dada a mobilidade cotidiana dos habitantes do município, e por ser a doença transmissível por via aérea, a tuberculose constitui um problema de saúde pública em Campo Grande, em termos sociais e econômicos, para o indivíduo e a coletividade.

Esta pesquisa identificou elementos predisponentes ao abandono do tratamento, sendo que os esforços para resgatar tais casos muitas vezes vão além da capacidade técnica dos profissionais.

A educação permanente e a valorização dos técnicos, como ocorre no exemplo do CEDIP e do CEM, são fatores importantes para a diminuição dos casos de abandono do tratamento da tuberculose

O levantamento realizado apontou a necessidade do acompanhamento contínuo do sistema de vigilância e do fluxo de suas informações, devido às falhas constatadas no SINAN; mostrou também a importância do comprometimento dos profissionais que atuam no controle da tuberculose, incluindo o tratamento supervisionado, proporcionando, assim, a efetivação do encerramento por cura.

## REFERÊNCIAS

1. Ruffino-Netto A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. *Bol Pneumol Sanit*, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 7-18, jan./jun. 1999.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde apresenta ações contra a tuberculose. 2005b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=13508](http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=13508)>. Acesso em: 18 março 2005.
3. Watanabe A; Ruffino-Netto A. O perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados em hospital terciário, Ribeirão Preto, São Paulo. *Bol Pneumol Sanit*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 19-34, jan./jun. 2001.
4. Oliveira HB. Estudo do reingressante no sistema de notificação: recidiva em tuberculose e seus fatores de risco (1993-1994). 1996. Tese (doutorado) – Unicamp, Campinas, 1996.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002b. p.823-846.
6. Oliveira H MV; Ruffino-Netto A; Vasconcelos GS; Dias SMO. Situação epidemiológica da tuberculose infantil no município do Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, p. 507-513, 1996.
7. Chaimowicz F. Transição etária da incidência e mortalidade por tuberculose no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.1, p. 81-87, 2001. Disponível em:<<http://hygeia.fsp.usp.br/rsp/>>. Acesso em: 6 abr. 2005.
8. Rouquayrol MZ; Veras FMF; Façanha MC. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: Rouquayrol MZ; Almeida Filho N (Eds.). *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 215-270.
9. Costa JSD; Gonçalves H; Menezes AMB; Devens E; Piva M; Gomes M. et al. Controle epidemiológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 409-415, 1998.
10. Natal S; Valente J; Gerhardt G; Penna ML. Modelo de predição para o abandono de tratamento da tuberculose pulmonar. *Bol Pneumol Sanit*, v. 7, n. 1, p. 65-78, jan./jun. 1999.
11. Gonçalves H; Costa JSD; Menezes AMB; Knauth D; Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.
12. Melo VO; Soares DA; Andrade SM. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Londrina-PR no ano de 1996. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 8, p. 53-62, 1999.
13. Picon PD; Bassanesi SL; Figueiredo E; Freitas TM; Osório JF. Tratamento ambulatorial, com supervisão semanal, de pacientes egressos de hospital especializado em tuberculose. *Boletim Saúde*, Porto Alegre, v. 14, n.1, p. 67-78, 2001.
14. Lima MB; Mello DA; Moraes APP; Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 877-885, 2001.
15. Natal.S. Tratamento da tuberculose: causas da não-aderência. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v. 5, n.1, p.51-68, 1997.