

# IMPACTO DAS AÇÕES IMPLANTADAS NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFAL SOBRE AS TAXAS DE ABANDONO DE TRATAMENTO

<sup>†</sup>Arthur Maia Paiva<sup>\*</sup>, <sup>††</sup>Dimas Carnaúba Jr.<sup>\*\*</sup>, Josefa Jatobá de Santana<sup>\*\*\*</sup>, Márcia Guimarães<sup>\*\*\*\*</sup>, Maria Helena de Araújo<sup>\*\*\*\*\*</sup>, Tereza Paula dos Santos<sup>\*\*\*\*\*</sup>

## Introdução

A tuberculose é hoje um dos grandes problemas de saúde pública; por mais avanços ocorridos no controle desta endemia, ela continua desafiando os sistemas de saúde, através dos grandes índices de morbidade e mortalidade devido à deterioração dos serviços de saúde, bem como por causa da miséria e pobreza crescentes que atingem à população brasileira, além da associação cada vez mais freqüente com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Neste contexto, o aparecimento de cepas multiresistentes às drogas tem um efeito dramático. O abandono de tratamento tem relação direta com a disseminação da doença e o aparecimento de cepas multiresistentes.

O Hospital Universitário é referência para os casos de tuberculose no estado de Alagoas. Cerca de 700 casos ali atendidos até 1995 apresentaram tuberculose em sua forma pulmonar. Destes, cerca de 3/4 casos (73,77%) são constituídos de bacilíferos (ver tabela I), os principais responsáveis pela disseminação da doença na comunidade.

No entanto, é justamente o grupo de pacientes bacilíferos o responsável por cerca de metade (47,83%) do total de abandonos de tratamento observados neste serviço, no ano de 1995 (ver tabela I). Segundo levantamento realizado no período de 1990 a 1995 (Carnaúba Jr., D. e col. Dados não publicados), a taxa de abandono de tratamento de tuberculose no Hospital Universitário foi neste período de 30,6%.

Com isso, vários destes pacientes deverão se tornar crônicos, aumentando o número de novos casos de tuberculose na comunidade, além inclusive do que seria esperado se tais pacientes não tivessem recebido qualquer forma de tratamento, o que, do ponto de vista epidemiológico, anula parte do êxito obtido com a cura dos demais pacientes.

Por fim, 27,3% dos bacilíferos deste hospital que abandonaram o tratamento em 1995 eram também portadores do vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV).

A tabela II analisa os dados referentes ao ano de 1996 e mostra que os pacientes bacilíferos passaram a responder por 83,75% dos casos de tuberculose pulmonar diagnosticados no Hospital Universitário (ver tabela II). Além disso, enquanto em 1995 o grupo de pacientes bacilíferos respondia por cerca de metade (47,83%) do total de abandonos de tratamento observados neste serviço (ver tabela I), em 1996 este grupo respondeu por cerca de 70% do total de abandonos (ver tabela II). A taxa de abandono de tratamento por tuberculose em 1996 foi de 33%.

---

<sup>†</sup> Equipe técnica, por ordem alfabética

<sup>††</sup> Responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose do Hospital Universitário - UFAL

<sup>\*</sup> Especialista em Medicina Tropical do Hospital Dia - Infectologia

<sup>\*\*</sup> Infectologista e Coordenador do Hospital Dia - Infectologia

<sup>\*\*\*</sup> Visitadora da Fundação Nacional de Saúde - AI

<sup>\*\*\*\*</sup> Psicóloga do Hospital Dia - Infectologia

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Assistente Social do Hospital Dia - Infectologia

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Enfermeira do Hospital Dia - Infectologia

**Tabela I - Casos de tuberculose e abandono no Hospital Universitário (UFAL) - Janeiro a dezembro de 1995**

Forma clínica	Nº (% do total)	Abandono (%)
Pulmonar Baar+	45 (52,94%)	11 (47,83%)
Pulmonar Baar-	16 (18,83%)	06 (26,08%)
Ganglionar	10 (11,77%)	05 (21,47%)
Pleural	04 (4,70%)	-
Cutânea	03 (3,63%)	-
Óssea	03 (3,73%)	01 (4,35%)
Sistema nervoso	02 (2,35%)	-
Ocular	02 (2,35%)	-
Total	85 (100%)	23 (100%)

**Tabela II - Casos de tuberculose e abandono no Hospital Universitário (UFAL) - Janeiro a dezembro de 1996**

Forma clínica	Nº (% do total)	Abandono (%)
Pulmonar Baar+	67 (67%)	23 (69,70%)
Pulmonar Baar-	13 (13%)	04 (12,12%)
Ganglionar	06 (6%)	03 (9,9%)
Genito-urinária	05 (5%)	01 (3,3%)
Pleural	03 (3%)	-
Óssea	02 (2%)	01 (3,3%)
Cutânea	01 (1%)	-
Pericárdica	01 (1%)	01 (3,3%)
Peritoneal	01 (1%)	-
Hepática	01 (1%)	-
Total	100 (100%)	33 (100%)

A partir destes dados, foi elaborado um Plano de Ação para controle do abandono de tratamento de tuberculose no Hospital Universitário, que consistia em:

1. Organização da Unidade de Saúde para correção de possíveis fatores de abandono relacionados ao Serviço;
2. Implantação de visita domiciliar aos pacientes faltosos após o 10º dia da data aprazada para comparecimento ao hospital;
3. Implantação de atendimento diferenciado, por equipe multidisciplinar, aos pacientes com maior risco de abandono de tratamento.
4. A análise dos resultados iniciais obtidos com a implantação deste Plano de Ação será apresentada em seguida ao comentário sobre o perfil do paciente de tuberculose atendido em nosso hospital.

#### Material e método

Para avaliar o impacto das ações implantadas no Programa de Controle da Tuberculose do Hospital Universitário - UFAL, foram utilizados os dados do livro de "Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose" de pacientes inscritos no programa no período de janeiro de 1995 a março de 1999.

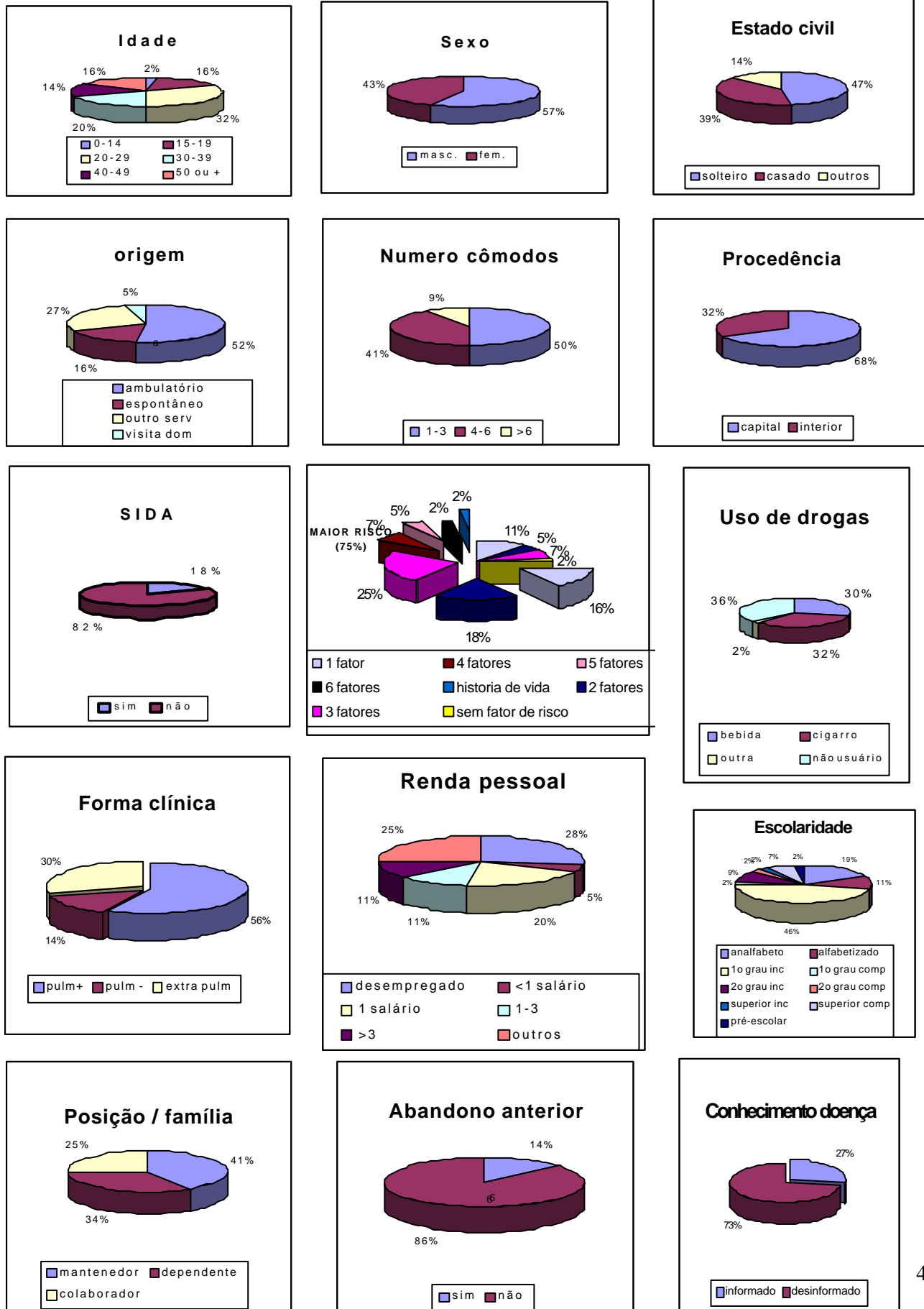
Para análise estatística, utilizou-se o método de Fisher, avaliando-se a percentagem de abandono em relação ao número de pacientes inscritos por ano, considerando-se estatisticamente significativos os resultados com  $F < 0,05$  (intervalo de confiança de 95%).

#### Perfil do nosso paciente de tuberculose

Foram avaliados os dados de entrevista para triagem quanto ao risco de abandono de tratamento de 44 pacientes acompanhados no período de novembro de 1998 a março de 1999.

A figura 1 apresenta os resultados desta avaliação.

Figura 1 – Perfil do paciente de tuberculose do Hospital Universitário – UFAL



Como podemos observar, a maioria dos pacientes se inclui nas faixas etárias de maior atividade produtiva. No entanto, os desempregados constituem o grupo mais numeroso (12/44) quando os pacientes são classificados de acordo com a renda pessoal (28% do total); destes, 66% (8/12), além de estarem desempregados, eram também os mantenedores da família. Também chama a atenção o fato de cerca de 20% dos pacientes serem analfabetos, não se incluindo entre estes os que conseguiam assinar o próprio nome, considerados como alfabetizados (11% dos casos). Do total de pacientes, 73% eram previamente desinformados sobre a doença.

A forma clínica mais comum de apresentação foi a pulmonar bacilífera (56% dos casos). A co-infecção tuberculose - AIDS esteve presente em 18% de todos os pacientes com tuberculose.

Em resumo, nosso paciente tem o perfil geral de um adulto proveniente do ambulatório do Hospital Universitário, com tuberculose pulmonar bacilífero, apresentando fator(es) de risco aumentado para abandono do tratamento, sem o 1º grau completo ou analfabeto, sem conhecimento prévio sobre a doença, casado, mantenedor da família, desempregado ou recebendo até um salário-mínimo mensal, que bebe ou fuma, morando na capital em uma casa com três cômodos ou menos.

Revisando trabalhos na literatura sobre a aderência ao tratamento de tuberculose (desenhos de estudo longitudinal<sup>3</sup>, Coorte retrospectivo<sup>7</sup>, Coorte prospectivo<sup>4,10</sup>, transversal<sup>5,6</sup> e caso controle<sup>8,9</sup>), podemos destacar, entre os fatores associados à não aderência ao tratamento: 1) baciloscopia positiva no diagnóstico; 2) analfabetismo; 3) desemprego; 4) desinformação sobre a doença; 5) alcoolismo; 6) abandono no passado ou retratamento; 7) paciente HIV positivo, este último, chegando a apresentar em nosso meio, em hospital universitário, taxa de não aderência ao tratamento ao final de 3 meses de 83%<sup>8</sup>.

Na figura 1 (centro), constatamos que 95% dos nossos pacientes apresentam pelo menos um dos fatores associados à não aderência acima mencionados, a maioria destes (57%) apresentando 2 ou 3 fatores de risco, com 14% do total apresentando 4 a 6 fatores de risco ao mesmo tempo.

Através da triagem para maior risco de abandono de tratamento realizada pelo Serviço Social do Hospital Dia, analisando as informações obtidas na entrevista inicial com o pacientes em associação à abordagem à história de vida do mesmo, 75% deles (33/44) foram classificados no grupo de maior risco de não aderência ao tratamento (figura 1), passando a serem acompanhados pela equipe multiprofissional (Médico, Assistente Social, Enfermeira e Psicóloga) do Hospital Dia, seguindo o modelo de assistência interdisciplinar já adotado no acompanhamento de pacientes HIV positivos daquele Serviço (ver comentários adiante).

Cerca de 1/4 (24,2%) dos pacientes de alto risco para abandono apresentaram co-infecção por AIDS.

A maioria de nossos pacientes, portanto, apresenta um perfil de maior risco de não adesão ao tratamento.

## Resultados e comentários

No último trimestre de 98, duas novas ações foram implantadas em nosso Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Em novembro, foi implantado o atendimento diferenciado aos pacientes com maior risco para abandono de tratamento. Após ensaio prévio durante a última semana de outubro de 98, em dezembro de 98 a Fundação Nacional de Saúde de Alagoas implantou, em nosso hospital, a visita domiciliar aos pacientes de tuberculose faltosos após o 10º dia da data aprazada.

Procuramos, então, avaliar os efeitos destas medidas no controle das taxas de abandono de tratamento entre nossos pacientes ( Gráficos 1 e 2).

Ao compararmos os dados de 1995, 1996 e 1997 entre si, utilizando a percentagem de abandono em relação ao número de pacientes inscritos por ano, não encontramos diferenças estatisticamente significativas, o que mostra que não houve grandes mudanças no controle das taxas de abandono durante aquele período (taxas de 27%, 33% e 25%, respectivamente).

A análise dos dados de 1998, apesar de ainda não apresentar diferenças estatisticamente

significativas, sugere uma tendência ( $F = 0,056$ ) a um melhor controle sobre o abandono de tratamento (Gráficos 1 e 2). Ao analisarmos os dados daquele ano por trimestre, por outro lado, observamos que a taxa de abandono de tratamento dos pacientes inscritos nos três primeiros trimestres (janeiro a setembro) foi de 20%. No entanto, nenhum dos pacientes do último trimestre de 98 abandonou o tratamento, o que fez com que a taxa global de abandono durante o ano de 1998 ficasse em torno dos 16%. Acresce também que pacientes de meses anteriores a outubro que ainda estavam em tratamento ao final de novembro de 98, também chegaram a ser acompanhados pela equipe multidisciplinar e nenhum destes veio a abandonar o tratamento posteriormente.

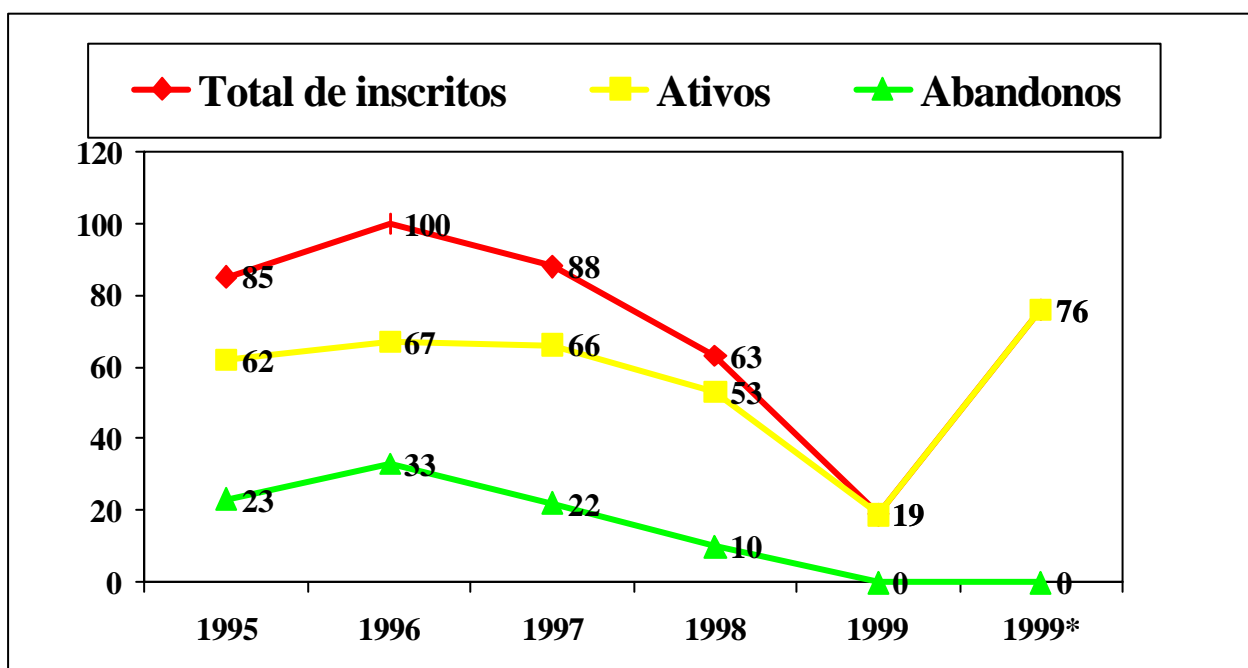
No entanto, é a partir da análise dos dados de 1999 ( Gráficos 1 e 2) que se constata de forma

inequívoca o impacto das ações implantadas na redução das taxas de abandono de tratamento.

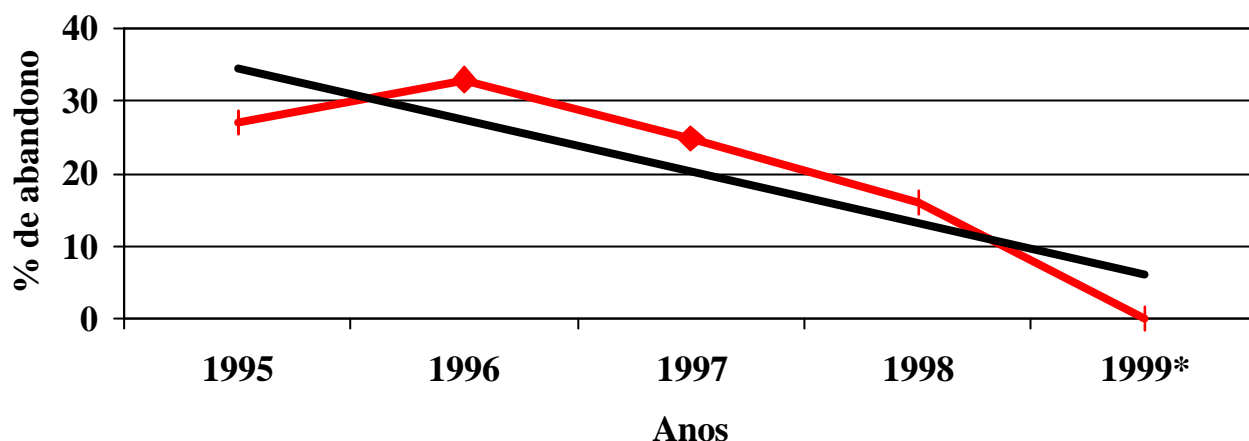
Observa-se, neste ano, a ausência de abandono de tratamento, quer entre os pacientes novos inscritos durante este ano, quer entre os pacientes do ano anterior que ainda se encontravam em registro ativo no início de 1999. Durante este período, também não ocorreu nenhuma alta por transferência ou por óbito.

A análise estatística comparando os dados deste ano de 1999 com os anos anteriores (incluindo o ano de 1998 , que apresentou uma taxa de abandono mais baixa) mostra resultados que são estatisticamente significados, quando empregamos o teste de Fisher ( $F = 0,003$ ) ( ver Gráficos 1 e 2).

**Gráfico 1 - Evolução anual do número de pacientes inscritos no Programa de Controle da Tuberculose, com sua evolução de aderência ao tratamento. A previsão estimada para 1999 é apresentada marcada com \*.**



**Gráfico 2 - Porcentagem de abandonos e sua evolução temporal nos períodos estudados, inclusive com reta de regressão de tendência (linha negra)**



Apesar de observarmos que já havia alguma tendência anterior para redução das taxas de abandono, o que sugere que já havia uma preocupação da equipe no controle do abandono de tratamento, a diminuição concomitante observada no número de inscritos poderia sugerir estar havendo algum tipo de seleção da clientela. No entanto, isto não mais acontece após o último trimestre de 98, observando-se em 1999 uma tendência a um retorno a um número de inscritos semelhante ao de 1995 (Gráfico 1) com recuperação daqueles pacientes que porventura haviam sido perdidos do registro ativo anteriormente. Isto acontece ao mesmo tempo em que se mantém a tendência à ausência de abandono durante o ano de 1999 (Gráficos 1 e 2) - em 1996, o Plano de Demissão Voluntária (PDV) em Alagoas elevou o número de inscritos, pelo encaminhamento de pacientes de outras Unidades de Saúde.

Podemos, pois, afirmar que as ações implantadas foram efetivas e que o abandono de tratamento por tuberculose no Hospital Universitário – UFAL desapareceu no período em estudo, estando esta situação, até o momento, sob controle.

O momento da tuberculose no Brasil, por si só, constitui sólida justificativa para que se busque

alternativas na nova luta contra a tuberculose como doença reemergente<sup>11</sup>.

Este trabalho traz de original: 1) o fato de termos um exemplo concreto de um hospital de referência para tuberculose que apresenta ausência de abandono de tratamento, apesar do perfil para maior risco de abandono de tratamento apresentado por seus pacientes, incluindo a co-infecção tuberculose – AIDS; 2) a implantação de visita domiciliar a seus pacientes, através de uma parceria com a Fundação Nacional de Saúde, Instituição reconhecida pela qualidade com que executa esta Ação do PCT; 3) o atendimento dentro do modelo de assistência interdisciplinar a todos os pacientes considerados em maior risco de abandonar o tratamento, com resultados significativamente satisfatórios.

O modelo assistencial e interdisciplinar adotado no Hospital Dia/ HU/UFAL utiliza-se de uma abordagem à história de vida do paciente, que se constitui em procedimento metodológico imprescindível, subsidiando os vários profissionais na ação, buscando elementos sociais necessários à sua intervenção, no sentido de desenvolver reflexões a respeito das condições e modo de vida dos pacientes, buscando alternativas de percepção de suas

dificuldades, sempre valorizando a vida e possibilitando àqueles uma nova visão desta, para que o paciente, então, deseje dar prosseguimento ao tratamento, melhorando assim sua percepção do processo saúde-doença, trabalhando sua auto-estima e fortalecendo sua vontade de continuar a viver de forma qualitativa, apesar das adversidades.

Como produto da relação das pessoas com o trabalho e a vida, os doentes lidam com a enfermidade estabelecendo projetos de vida, nos quais a superação da doença é um objetivo a ser alcançado e a razão pela qual se concretiza a adesão ao tratamento<sup>2</sup>.

Assim, o contato com outros serviços já existentes na rede pública – apenas um dos aspectos da nossa assistência ao paciente – para garantir cestas básicas aos pacientes que desenvolvem reações ao tratamento por não terem uma alimentação regular, bem como a garantia do meio de transporte àqueles que encontram dificuldades financeiras para deslocamento na data aprazada para comparecimento ao hospital (contatos com Secretarias Municipais de Saúde para o transporte do paciente, concessão de carteiras provisórias para acesso gratuito aos ônibus da rede municipal, fornecimento de vales-transporte) é apenas uma maneira de assegurar, ao paciente, as condições mínimas para que o mesmo mantenha o tratamento, e não a garantia, por si só, de que o paciente vá aderir ao tratamento.

A visita domiciliar, por sua vez, além de permitir um maior vínculo entre o paciente e a equipe de saúde, oferece oportunidade para observar a regularidade com que o paciente diz usar a medicação (contagem dos comprimidos), observar de forma direta as condições de vida em que o paciente está inserido, orientar e aprazar os contactantes para exame médico, bem como reforçar a orientação ao paciente sobre a importância da adesão e regularidade do tratamento, assegurando o seu aprazamento à Unidade de Saúde.

Por fim, a triagem dos pacientes, quanto ao risco para não aderência, através de entrevista que utilizou a pesquisa de fatores sabidamente implicados na não aderência em associação à abordagem à história de vida do paciente, permitiu com maior segurança realizar esta seleção, pois nenhum dos pacientes não selecionados para maior risco de não

aderência veio a abandonar o tratamento e todos aqueles encaminhados para acompanhamento interdisciplinar mantiveram o tratamento com regularidade.

Apesar da auto-administração do tratamento ser citada como redutor da aderência, havendo até quem afirme que a única solução possível da não aderência ao tratamento seria a supervisão direta da quimioterapia<sup>1</sup>, com exceção de um único paciente para o qual foi indicado tratamento supervisionado todos os nossos pacientes recebem tratamento auto-administrado.

Até a data do envio deste texto para impressão gráfica (14/06/99), não foi observado no Hospital Universitário – UFAL, durante este ano, nenhum caso de abandono de tratamento, alta por transferência ou óbito entre os pacientes de tuberculose.

## Conclusão

Concluimos que em um hospital de referência para pacientes de tuberculose organizado para evitar o abandono de tratamento decorrente de fatores ligados ao Serviço e que utiliza auto-administração da quimioterapia, a implantação de um modelo de assistência interdisciplinar a estes pacientes, com triagem e acompanhamento dos pacientes sob maior risco de abandonar o tratamento por equipe interdisciplinar, juntamente com a implantação de visita domiciliar aos faltosos, foi capaz de controlar o abandono de tratamento, reduzindo-se as taxas iniciais de abandono (33%) aos níveis considerados ideais (ausência de abandono), no período estudado.

## Referências bibliográficas

1. ADDINGTON, W.W. Patient compliance: the most serious problem in the control of tuberculosis in the United States. **Chest**. **76**: 741-743, 1979.
2. BERTOLLOZE, M.R. A Adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo. Tese Doutorado Fac. Saúde Pública Universidade de São Paulo, 213 pg.

3. ANDERSEN, S. e col. A Sociological Inquiry into are urgan tuberculosis control programm in India. Bull Wld Hlth Org. 29: 685-700, 1963.
4. BECKER, R.S. Estudo da investigação da enfermeira nas investigações de quimioterapia da tuberculose. Tese, concurso Docente Livre, Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro, 1976.
5. BELTRAN, O.R.P. e cols. El abandono del tratamiento en tuberculosis. Realizade actual e perspectivas futuras. Rev. Argentina de Tuberculosis, Enfermidade des Pulmonares y Salud Publica – XLIV(1): 11-19, 1983.
6. CHUAH, S.Y. Factors associated with poor patient compliance with anti-tuberculosis therapy in North West Prak, Malaysia. Tubercle, 72: 261-264, 1991.
7. DAMASCENO, R.P. Abandono e tuberculose – Fatores causais. XX Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, Ceará, 1980.
8. DEHEINZELIN, D. e cols. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo, 51(4): 131-135, 1996.
9. NATAL, S. Abandono do tratamento da tuberculose. Aspectos do tratamento mal conduzido. Dissertação Mestrado Saúde Coletiva Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1993, 140 pg.
10. SERRANO e cols. Causas de reingresso de pacientes hospitalizados em el Instituto Tisiologico de Punilla. Rev. Argentina de Tuberculosis XXXIV(1-2): 15-20, 1970.
11. TEIXEIRA, G.M. Pontos polêmicos em tuberculose : elogio de uma parceria. Bol. Pneum. Sanit. 5(1): 3-5, 1997.