

TUBERCULOSE: TAXA E PERFIL DOS PACIENTES QUE ABANDONAM O TRATAMENTO

Adelson Gomes dos Santos¹
Kênia Beatriz de Sousa Cândido²
Valdeir Rodrigues de Paula³
Prof. Me. Benigno Alberto Morais Rocha⁴

RESUMO: Neste estudo discute-se a taxa de abandono e o perfil dos pacientes que abandonam o tratamento da tuberculose. O estudo procura mostrar que embora o tipo mais conhecido da tuberculose seja o pulmonar também existe a extrapulmonar que pode se manifestar em outras partes do organismo tais como: a laringe, os ossos e as articulações, a pele (lúpus vulgar), os gânglios linfáticos (escrófalo), os intestinos, os rins e o sistema nervoso sendo que o conjunto de mais de um tipo de no organismo denomina-se tuberculose miliar caracterizada pela infecção por via sanguínea. Este último tipo pode abranger as meninges desencadeando infecções graves nomeadas de meningite tuberculosa. A adesão do paciente ao tratamento de qualquer um destes tipos de tuberculose é de extrema importância, pois, além de manter a doença controlada, ainda lhe oferece maior qualidade de vida.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar e extrapulmonar. Tratamento. Taxas de abandono. Perfil do paciente.

TUBERCULOSIS: THE RATE OF ABANDONMENT AND PROFILE OF PATIENTS WHO DISCONTINUE TREATMENT

ABSTRACT: This study discusses the dropout rate and the profile of patients who discontinue treatment of tuberculosis. The study aims to show that although the most familiar type of tuberculosis is the lung also exists extrapulmonary which can manifest in other parts of the body such as the larynx, bones and joints, the skin (lupus vulgaris), the lymph glands (escrófalo), the intestines, the kidneys and the nervous system is the set of more than one type of the body called characterized by miliary tuberculosis infection via blood. The latter type may cover the meninges triggering serious infections named tuberculous meningitis. Patient adherence to treatment of any of these types of tuberculosis is of utmost importance, because in addition to keeping the disease under control, still offers better quality of life.

Keywords: pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. Treatment. Dropout rates. Patient profile.

INTRODUÇÃO

¹ Acadêmico do Curso de Enfermagem pela Faculdade União de Goyazes

² Acadêmica do Curso de Enfermagem pela Faculdade União de Goyazes

³ Acadêmico do Curso de Enfermagem pela Faculdade União de Goyazes

⁴ Orientador: Prof. Me. Benigno Alberto Morais Rocha, Faculdade União de Goyazes

A Tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* tendo as vias aéreas como o principal meio de transmissão de indivíduos doentes para pessoas saudáveis por meio da tosse e espirros com perdigotos contaminados pelo bacilo, assim tornando um problema de saúde pública merecendo uma atenção prioritária. (MICHEL, 2011)

Os estudos envolvendo a tuberculose tiveram maior impulso no final do século XIX quando houve expectativa de cura da doença. Em início de 1980, porém, o Ministério da Saúde registrou um aumento na incidência dos casos que foram justificados pelo advento da AIDS, pelas mudanças de pessoas portadoras da doença de um país para outro, desorganização dos serviços na área da saúde entre outros. Desse modo, acredita-se durante o próximo século um bilhão de pessoas tenham sido infectadas com o bacilo de Koch e que pelo menos 30 milhões tenha vindo a falecer com esta doença. (CAMPOS, 2006)

A transmissão da doença ocorre por meio de gotículas eliminadas pelos espirros e pela tosse. A infecção se dá apenas quando o vírus chega até os alvéolos. Caso não alcance os pulmões a pessoa não adquire a tuberculose. Uma vez instalados nos alvéolos, o bacilo pode invadir a corrente linfática e se estender até os gânglios (linfonodos), sendo estes órgãos que defendem o organismo de doenças. (BOMBARDA et al., 2001)

Do mesmo modo em que ocorre em outras doenças infectocontagiosas, a suspeita clínica da tuberculose inicia diante de um quadro clínico marcado de febre baixa, que se manifesta geralmente à tarde, acomete a falta de disposição, adinamia e perda de peso. Conforme a localização da doença pode surgir outros sintomas. Quando a lesão encontra-se localizada no pulmão o principal sintoma é tosse produtiva e sangramento respiratório. Quando se localiza fora dos pulmões os sinais e os sintomas vão depender do órgão onde ela se instalou. (CAMPOS, 2006)

Por muitos anos, o diagnóstico era feito apenas pelo exame de escarro. Com desenvolvimento de novas técnicas atualmente existem vários métodos de diagnósticos que se dividem: em bacteriológicos, histopatológicos e imunológicos que permitem uma avaliação mais detalhada da doença. (GERHARDT; HIJJAR, 2003)

A tuberculose pulmonar divide-se em primária (primo-infecção) e secundária. No primeiro caso ela se manifesta em sujeitos que ainda não estabeleceram contato com o bacilo, sendo que este tipo é bastante comum em crianças. No segundo caso

a doença se desenvolve por meio de uma nova infecção (reinfecção exógena) ou através da reativação de bacilos que se manifestam continuamente (reinfecção endógena). (BOMBARDA et al., 2001)

Durante o período de primo-infecção, o bacilo inalado alcança os alvéolos, onde se inicia um processo inflamatório auxiliado por neutrófilos polimorfos nucleares/macrófagos originários dos alvéolos e pelo desenvolvimento de um nódulo exsudativo. (BOMBARDA et al., 2001)

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001) a tuberculose se propaga de pessoa para pessoa, particularmente pelo ar. O espirro, a fala e de modo particular a tosse, carregada de bacilos espalha gotículas pelo ar, de diferentes tamanhos. Aquelas mais pesadas assentam-se velozmente no solo. Já aquelas mais leves podem continuar em suspensão por um tempo mais longo.

Apenas os núcleos secos destas gotículas também denominados Núcleo de *Wells*, cujo diâmetro é de até 5 μ contendo de 1 a 2 bacilos em suspensão, têm a capacidade de se estenderem até os bronquíolos e alvéolos, iniciando-se aí uma replicação. Já as gotículas médias em sua maioria ficam retidas pela mucosa do trato respiratório superior, sendo removidas por meio dos brônquios via mecanismo muco-ciliar. Uma vez deslocados, estes bacilos são ingeridos, desativados pelo suco gástrico, e suprimidos pelas fezes. Os bacilos que se instalam nas roupas e demais objetos da casa se dispersarão e sendo assim não oferecem riscos de contágio. (BRASIL, 2001)

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001) caso esse primeiro mecanismo de defesa não consiga conter o desenvolvimento do bacilo, o fragmento lipídico e a tubérculo proteína do bacilo ajustam-se aos receptores do fragmento cristalizável (Fc) dos macrófagos, podendo ser acionados e apropriados para apresentar os antígenos do microrganismo aos linfócitos T localizado no tecido linfóide ligado aos brônquios. Nos brônquios, os macrófagos acionados podem ser secretados, sobretudo através de três tipos de citocinas: quimiotáxicas, interferon e fator de crescimento de fibroblastos.

Mello (2013) cita que os macrófagos que foram ativados retornam aos alvéolos, se acumulam em torno dos bacilos, convertendo-se em células epitelióides, clonando de células T transformando-se em manguito periférico em torno destas. Concluída a função fagocítica, estas células epitelióides se coligam e dão origem as grandes células com múltiplos núcleos. Esta reação bem sucedida estabelece o

granuloma, que tem a função básica de impedir a dispersão do bacilo para outros lugares do organismo que contém tecido normal. Este novo conjunto de nódulo intitulado Ghon, linfangite e linfadenite atribui-se o nome de período primário da tuberculose que conforme o número de bacilos e do nível de sensibilidade pode vir a hospedar na pessoa.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001) após a infecção pelo bacilo de Koch num período 4 a 12 semanas aproximadamente ocorre à detecção das lesões primárias. Muitos dos novos casos de doença pulmonar se manifestam por um período de 12 meses depois da infecção inicial. A possibilidade de que uma pessoa seja infectada, e de evolução para a tuberculose, vai depender das diversas causas dentre elas estão: idade avançada, condições socioeconômicas entre outros com destaque para doenças crônicas, drogadição, alcoolismo, entre outros.

Mello (2012) ressalta que evolução do quadro clínico dependerá se a pessoa está sendo infectada pela primeira vez ou se está sendo reinfestado. A possibilidade de o sujeito adoecer no período de primo-infecção vai depender da forma como o bacilo se manifesta, da fonte infectante e das peculiaridades genéticas da pessoa que foi infectada pelo bacilo.

De acordo com Lopes et al., (2006) enquanto o paciente estiver eliminando bacilos, a transmissão é total. A partir do cumprimento de um projeto terapêutico recomendado, ocorre a redução da transmissão de maneira gradativa.

O tratamento da tuberculose pulmonar depende de sua forma de apresentação. Em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero recomenda-se que não seja vacinado ao nascer. Nesse caso administra-se isoniazida (H) por três meses depois desse período, é necessário realizar nova prova tuberculínica. Caso a criança apresente PT ≥ 5 mm, a prevenção deve ser conservada por mais três meses. Caso não apresente, deve-se interromper o uso da isoniazida e administrar a vacina BCG. (BRASIL, 2001)

Na tuberculose secundária o tratamento da infecção subentendida com isoniazida diminui em 60 a 90% o risco de que a pessoa venha adoecer. O paciente precisa ser acompanhado e retornar a unidade de saúde em intervalos fixos de no máximo 30 dias, para ser motivada a adesão do tratamento. (MELLO, 2012)

Em caso de indicação de hospitalização de pacientes que apresentam a doença tuberculose é necessário seguir medidas de afastamento respiratório, principalmente em casos de pacientes bacilíferos que sejam resistentes aos

fármacos antituberculose. É importante hospitalizar o doente em hospitais que contem com apoio médico/técnico para tratar esta pessoa.

Além da tuberculose pulmonar existe a extrapulmonar. Ocorre tuberculose extrapulmonar quando a bactéria se instala fora dos pulmões. A tuberculose extrapulmonar atinge com mais frequência pacientes com dificuldade em conter a infecção, como recém-nascidos, pacientes com AIDS e pessoas com imunodeficiência. (CAPUANO et al., 2003)

Na maioria dos casos a tuberculose extrapulmonar se instala em órgãos que não apresentam boas condições de desenvolvimento bacilar e quase sempre de maneira artilosa e desenvolvimento lento. As formas mais recorrentes se manifestam com pequenas variações de posição podendo ocorrer nas pleuras, nas linfas, nos ossos, na geniturinária e no intestino. Até o presente, não existe descrição destes tipos tuberculose em unha e cabelo. (LOPES et al., 2006)

De acordo com Lopes et al., (2006) pode ocorrer maior dificuldade na realização do diagnóstico destas formas da tuberculose que na maioria das vezes se confirmam em apenas um quarto dos casos. Dentre as razões que justificam o diagnóstico está à dificuldade de acesso à maioria das lesões e em razão de serem paucibacilares, motivo pelo qual a baciloscopia muitas vezes costuma ser negativa.

Um meio eficaz de se obter o diagnóstico da tuberculose extrapulmonar é o estudo da imagem que traz informações importantes, apesar de que em nenhuma de suas localizações existam padrões radiológicos específicos. Segundo Lopes et., (2006) em determinadas formas existe concomitância com tuberculose pulmonar ativa e raramente se consegue constatar que o bacilo tenha passado pelos pulmões. Mesmo assim, exige-se a radiografia de tórax a fim de viabilizar se existem lesões de primo-infecção.

Dentre as diferentes formas de tuberculose extrapulmonar a pleural é a mais comum no adulto imunocompetente sendo que em cerca de 20% dos casos, a doença está relacionada à lesão pulmonar ativa. Em locais onde a doença apresenta forte prevalência da doença existe também grande recorrência de derrame pleural em adultos. (HIJJAR; OLIVEIRA, 2001)

Outra forma também recorrente é a tuberculose ganglionar. O quadro clínico deste tipo na maioria das vezes é insidioso com febre, com emagrecimento acentuado e aumento contínuo dos linfonodos que aos poucos vão se apresentando em forma de conglomerados de massas linfonodais. Na medida em que a doença

evolui a pele vai-se tornando avermelhada, tornando-se posteriormente em fistulização e caso a doença continue evoluindo ocorre necrose de caseificação. (LOPES et al., 2006)

A tuberculose pericárdica acomete o pericárdio pelo bacilo de Koch. Este tipo ocorre após a dispersão hematogênica durante o processo de reativação endógena de foco pulmonar ou, ainda por condução direta da doença no pulmão, pleura e linfonodos traqueobrônquicos para dentro da cavidade pericárdica. Os sintomas mais comuns deste tipo de tuberculose é dor torácica e dispneia, sendo que em casos constrictivos, surgem turgência jugular e pulso paradoxal. (CAPUANO, 2003)

Geralmente este tipo de tuberculose se apresenta sob a forma de derrame pericárdico com evolução crônica, mas dentre todos os tipos esta é uma das formas mais rara. Em grande parte dos casos, a lesão ocorre por proximidade, como por exemplo, a tuberculose dos gânglios mediastinais ou pulmonar adjacente. (CAMPOS, 2006)

Geralmente o diagnóstico é feito por meio de radiografia de tórax que revela o avanço do perfil cardíaco no período inicial. É muito frequente entre as pessoas idosas, em grupos étnicos e imigrantes estrangeiros. Segundo Lopes et al., (2006) estima-se que este tipo de tuberculose ocorra em 95% dos casos e que 98% das mortes sejam causadas pela doença.

A forma urogenital acontece quase que unicamente nos adultos, entre os 20 e 40 anos não sendo comum em crianças. Este tipo tem desenvolvimento crônico e raramente é seguida de agressão pulmonar. (LOPES et al., 2006)

Ainda de acordo com Lopes et al., (2006) em caso de tuberculose urinária, a doença inicia-se a partir da evolução de focos advindos da dispersão hemática da primo-infecção, que se mostram quiescentes durante longos períodos. A manifestação de um desses focos no córtex renal desencadeia uma necrose caseosa, seguida de posterior liquefação do cáseo, originando numa cavidade em comunicação com o sistema pielocalicial. Uma vez eliminados pela urina poderão dar origem a novos focos de tuberculose no aparelho urinário, através da via canalicular, podendo alcançar pelve, o ureter e a bexiga.

No tubo digestivo a doença se desenvolve através da disseminação hematogênica que acontece durante a primo-infecção, de desenvolvimento direto iniciando-se por um gânglio tuberculoso imediato ou, pela deglutição de escarro contendo bacilos ou de leite contaminado. (BRASIL, 2001)

A forma de tuberculose osteoarticular abarca particularmente a coluna vertebral, sendo que também podem ser encontrados casos de acometimento dos ossos longos e das articulações. Este tipo foi bastante comum no passado e na atualidade estima-se que 35% dos pacientes diagnosticados tuberculose apresentam manifestações desta forma. (CAPUANO et al., 2003)

Existem ainda estudos que mostraram a presença de tuberculose no sistema nervoso central. Nesse caso, o comprometimento pode acontecer de duas formas: pela meningoencefalite ou pela ocorrência de tuberculoma cerebral. Em quase todos os casos a doença é decorrente da dispersão hemática do bacilo a partir de foco existente em outra parte do organismo. (LOPES et al., 2006)

Ainda de acordo com Lopes et al., (2006) o diagnóstico de meningite tuberculosa é realizado por meio do exame do líquido, em grande parte dos casos hipertenso, claro e límpido, apresentando pleocitose com aproximadamente 300 a 500 células/ml e com preponderância de mononucleares.

Outros dois tipos de tuberculose extrapulmonar são a ocular e a cutânea. No primeiro caso ocorre por via hemática, apesar de existir a possibilidade da doença se espalhar pelos olhos por completo. Clinicamente, as uveítes manifestam-se sob forma de dor ocular automática ou através do toque, olhos vermelhos, turvação visual e fotofobia clara. No segundo caso a lesão cutânea, na maior parte dos casos, apresenta-se de maneira secundária da tuberculose. A incidência desta forma é muito variável, tendo sido apresentado resultados entre 0,06% e 2,4% do número de atendimentos médicos em dermatologia, conforme vários estudos já publicados. (BRASIL, 2001)

Independente da forma, a tuberculose precisa ser tratada beneficiando tanto o paciente, quanto à família, evitando-se o agravamento da doença e sua disseminação.

O tratamento é de longo período e complicado, pode variar de 6 meses a 1 ano dependendo do estágio do paciente até mais. O profissional de saúde precisa observar e acompanhar esse tratamento de perto, para ter certeza que o paciente esta tendo uma evolução positiva. (FENSTERSEIFER et al., 2004)

Mas o problema no Brasil se encontra na alta taxa de abandono que algumas capitais podem atingir 25% dos pacientes em tratamento. Esse abandono, na maioria das vezes, acontece justamente por ser um tratamento logo e complicado, devido a esses fatores há uma baixa taxa de efetividade no tratamento, e,

consequentemente, o tratamento, nesses pacientes, começa a ficar irregular. Assim, além de não curar a doença a bactéria fica resistente ao medicamento. (BOTELHO et al, 2005)

Para os gestores da saúde pública coletiva, as causas desse abandono são complexas e existem vários fatores relacionados, dentre eles estão, etilismo, tabagismo, a crença religiosa, falta de condições socioeconômicas e falta de informações sobre a doença e drogas ilícitas. (NETO et al., 2006)

O que nos motivou a fazer esta pesquisa foi os dados epidemiológicos levantados acima. Observamos que há uma alta taxa de abandono, que com o passar dos anos a probabilidade dessa taxa é só aumentar, devido o tratamento ser longo e complicado. Observamos também que os pacientes que abandonam o tratamento têm um perfil muito semelhante, e que na maioria das vezes este associado a um problema socioeconômico, às vezes uma questão de informação. Também estão relacionados ao etilismo e drogas ilícitas, porque muitos abandonam o tratamento por causa do vício.

Esta pesquisa é de grande importância para todos os profissionais da área da saúde. Ela se propõe a destacar que a prevenção é a melhor forma de evitar esta doença, e com isso levar informações precisas para esses pacientes que tentam abandonar ou abandonam o tratamento, e também fazer um acompanhamento mais rigoroso, para que haja uma humanização de ambas as partes e o tratamento sejam concluídos com sucesso.

MATERIAIS E MÉTODOS

O delineamento do estudo é revisão bibliográfica com fontes secundárias, nos últimos 12 anos no Brasil. As bases de dados informatizadas consultadas foram: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Google Acadêmico onde foram selecionadas publicações em português. Durante a consulta foram utilizados os seguintes descritores: Tuberculose, tratamento, causas do abandono do tratamento. Procedeu-se então a localização do material, e realizou-se inicialmente uma leitura exploratória, por meio da análise dos títulos e resumos para o reconhecimento dos artigos de interesse.

Em seguida foi realizada a leitura seletiva dos artigos, previamente selecionados na íntegra, para efetuar-se uma nova seleção, identificando-se os artigos de maior relevância para o assunto, os quais foram submetidos à leitura interpretativa. Foram encontradas 35 publicações, todas estavam disponíveis na íntegra, destes foram utilizados 22 na elaboração deste estudo. Sendo que o critério de inclusão bibliográfica foi o período de 2000 a 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil do paciente que abandona o tratamento de tuberculose

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) do total de pessoas acometidas por tuberculose, apenas 5% delas continuam o tratamento. Mendes (2004) cita que se não houver continuidade do tratamento acarreta diversos problemas e dentre eles está à resistência ao tratamento.

A irregularidade do tratamento ocasiona a resistência medicamentosa, assim como a recidiva da doença, conferindo dificuldades ao processo de cura e aumentando o tempo e o custo do tratamento. (MENDES, 2004)

Fatores como drogadição, situações de vulnerabilidade social e a falta de acesso à informação, são um dos principais problemas do abandono do tratamento da tuberculose e demandam inovações por parte dos serviços de saúde. (ALVES et al., 2012)

Furlan et al., (2012) em seu estudo mostram que dentre as causas do abandono estão: variáveis idade, etilismo, escolaridade e desemprego. Em relação à escolaridade, Caliari e Figueiredo (2012) mencionam que a doença acomete, na maior parte dos casos, pessoas em vulnerabilidade social, isto é, aquelas com condições socioeconômicas difíceis que, pela superpopulação e má distribuição de renda, vivem abaixo da linha da pobreza, têm baixa escolaridade e sofrem pela desnutrição e falta de saneamento básico.

Quanto a baixa escolaridade Furlan et al., (2012) ressalta que tais fatores estão relacionados à menor compreensão e acesso dessas pessoas a informações acerca da doença e também, acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao desemprego Caliari e Figueiredo (2012) este fator também tem sido identificado como causador do abandono do tratamento. Segundo os autores,

apesar da necessidade de comparecer aos serviços de saúde para retirar a medicação e realizar exames, especialmente no início do tratamento, as pessoas que possuem vínculo empregatício apresentam maior adesão ao tratamento.

O estudo de Mendes (2004) mostra que dentre estas causas do abandono estão: falta de recursos econômicos para locomoção e alimentação, presença de náusea e vômitos, febre atribuída ao uso do medicamento, edema após uso de medicação injetável, recusa ao tratamento, esquecimento da ingestão da medicação, estado de saúde debilitado, familiar doente, óbito de familiar, alcoolismo e drogadição.

Silva et al., (2006) lançam um olhar diferenciado sobre estas causas estendendo-as para a oferta de serviço. A ausência de uma escuta solidária, que permita uma apreensão ampla das necessidades de saúde do usuário, assim como a condução de um tratamento focado na dimensão biológica do processo de adoecimento.

Taxa de abandono da tuberculose

Conforme o Jornal O Estadão de São Paulo (2013) a taxa de tuberculose vem caindo muito no país nas últimas décadas, sendo que atualmente o percentual é de 37,7 casos para 100 mil habitantes. Contudo, a cada ano morrem cerca de 4.800 brasileiros devido à doença, na maior parte das vezes porque o paciente não concluiu o tratamento.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) são aproximadamente 11 mil novos casos da doença a cada ano e o Rio de Janeiro lidera o ranking de incidência nacional da tuberculose. A Secretaria da Saúde do Rio de Janeiro revela que em 2011 a taxa de cura foi de 70,2 %, e a taxa de abandono, que representa o maior obstáculo para uma melhor efetividade do tratamento, foi de 14%.

O Comitê Técnico de Assessoramento de Tuberculose (2012) menciona que de modo geral em cada Estado é aceitável uma proporção de até 5% no abandono de tratamento. Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) (2011) em estudo realizado no período de 2001-2007 acerca do tratamento e taxa de abandono da tuberculose no país revela que esta taxa foi de 29,1%.

Ainda citando o estudo do CSEGSF as taxas de abandono foram as seguintes: Brasil (2011=11,6%; 2002=10,1%; 2001=9,3%; e 2004=7,4%); Região Sudeste (2004=7,1); Estado do Rio de Janeiro (2001=14,8%;2002=14.3%; 2003=11,9%; 2004=13,6; 2005=14,0% e 2006=14,5%). (HIJJAR; GERHARDT, 2010)

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) a alta por abandono é dada ao paciente que deixa de comparecer a unidade de tratamento por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias conta a partir da última tomada da droga (BRASIL, 2002).

Hijjar et. al. (2011) menciona que os percentuais de abandono de tratamento no Brasil têm se mantido estáveis nos últimos 20 anos, porém, em patamares muito elevados, sendo necessário que o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estabeleça estratégias para a redução dessas taxas, que são de 15% em média, atingindo em alguns municípios 30 a 40 %. As ações que vem sendo desenvolvidas pelo Programa não têm se mostrado eficazes para atingir a meta de, no máximo, 5% de taxas de abandono preconizadas pelo PNCT (HIJJAR, et. al., 2011).

CONCLUSÃO

Este estudo versou sobre a taxa de abandono ao tratamento da tuberculose e o qual demonstra que no Brasil existe um grande número de pessoas que apresentam o bacilo de *Koch* no organismo, mas, segundo dados da revisão bibliográfica apenas 5% destes pacientes aderem ao tratamento até que se elimine a doença do organismo.

Em relação ao perfil do paciente que abandona o tratamento de tuberculose os motivos mais recorrentes são: o baixo poder aquisitivo, o desemprego, a baixa escolaridade e principalmente a dificuldade de acesso as informações e a uma orientação segura quanto à importância da continuidade do tratamento.

Quanto à taxa de abandono foram encontrados percentuais diferentes que variam em até 5% de acordo com, o Comitê Técnico de Assessoramento de Tuberculose (2012) e 15% em alguns municípios brasileiros conforme o estudo de Hijjar (2011). Outros resultados foram mostrados no estudo do Centro de Saúde

Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) com taxas de Brasil 9,3% a 18,8% considerando-se os Estados do Rio de Janeiro, Região Sudeste e o Brasil.

A partir das taxas de abandono do tratamento da tuberculose em todo o país, verificou-se que esse índice ainda é alto quando se considera que o Ministério da Saúde conta com a estratégia de Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado (DOTS), proposta pela OMS, que tem com propósito reverter a situação em que se encontra a tuberculose. Consiste na administração direta do medicamento ao paciente por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose da medicação. Contudo, mesmo com a existência desta estratégia, muitos pacientes optam por não prosseguir com o tratamento.

Desse modo, destaca-se que a continuidade do tratamento é essencial, pois, assim, os níveis de transmissão da doença poderiam ser reduzidos e, além disso, é uma maneira de evitar que a doença retorne naqueles pacientes que abandonaram o tratamento.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rayanne Santos; SOUZA, Káren Mendes Jorge de; OLIVEIRA, Annelissa Andrade Virgínio de; PALHA, Pedro Fredemir; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; SÁ, Lenilde Duarte de Sá. **Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3).

BOMBARDA, et al. Imagem em tuberculose pulmonar. **J. Pneumologia** [online]. 2001, vol.27, n.6.

BOTELHO, Clóvis; FERREIRA, Silvana Margarida Benevides; SILVA, Ageo Cândido da Silva. **Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT**. J Bras. Pneumol, 2005.

BRASIL, M. S. **COMITÊ TÉCNICO - CIENTÍFICO DE ACESSORAMENTO À TUBERCULOSE. Plano Nacional de Controle da Tuberculose: manual de manual de normas**. Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6 ed. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CALIARI JS, FIGUEIREDO RM. Tuberculose: perfil do paciente, fluxograma de atendimento, e as opiniões dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm** [Internet]. 2012 [cited 2012 May 17]; 25.

CAMPOS, Hisbello S. **Diagnóstico da tuberculose** (2006) Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/revista/2006_15_2/07.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2013.

CAPUANO, Daniel Antonio; WARD, Jamile Kassis; FORTES, Caio Quintela; SA, Flávio César de. **Busca ativa de casos de tuberculose pulmonar em uma unidade de atendimento em farmacodependência no Município de São Paulo** (agosto de 1999 a agosto de 2000). Rev. bras. epidemiol. [online]. 2003, vol.6, n.3.

FENSTERSEIFER. Lísia Maria; MENDES, Adernaline Melo Mendes de. **Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento**. Bol Pneumol Sacit, 2004.

FURLAN, Mara Cristina Ribeiro; OLIVEIRA, Simoni Pimenta de; MARCON, Sonia Silva. Factors associated with nonadherence of tuberculosis treatment in the state of Paraná. **Acta paul. enferm.** [online]. 2012, vol.25.

GERHARDT FO G, HIJJAR MA. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose no Brasil.** J Pneumol. 2003 mar; 19(1): 4-10.

HIJJAR, et al. **Retrospecto do controle da tuberculose no Ministério da Saúde.** Boletim Epidemiológico Aids 2001; 14(1): semanas epidemiológicas: janeiro de 2001.

HIJJAR, et al. **Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 41, set 2003.

HIJJAR, Miguel Aiub; OLIVEIRA, Maria José Procopio Ribeiro de; TEIXEIRA, Gilmário M.. A tuberculose no Brasil e no mundo. Bol. Pneumol. Sanit. [online]. 2011, vol.9, n.2.

JORNAL O ESTADÃO. COM. **Taxa de abandono é desafio no tratamento da tuberculose** (2012) Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,taxa-de-abandono-e-desafio-no-tratamento-da-tuberculose,844237,0.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

LOPES, Agnaldo José; CAPONE, Domenico; MOGAMI, Roberto; TESSAROLLO, Bernardo; CUNHA, Daniel Leme da; CAPONE, Rafael Barcelos; SIQUEIRA, Hélio Ribeiro de; JANSEN, José Manoel. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. **Revista Pulmão** RJ 2006;15(4):253-261.

MELLO, Fernanda C. de Q. **Abordagem diagnóstica da tuberculose pulmonar.** Pulmão RJ 2012;21(1):27-31 27. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/revista/2012_21_1/07.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2013.

MENDES, Aderlaine de Melo and FENSTERSEIFER, Lísia Maria. **Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento?.** Bol. Pneumol. Sanit., Apr. 2004, vol.12, n.1.

MICHEL, Denise. **A prevalência da tuberculose no município de Novo Hamburgo – RS nos últimos quatro anos** (2011) Disponível em <<http://ged.feevale.br/bibvirtual/monografia/MonografiaDeniseMichel.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

NETO, Ruffino (orgs) **Implantação dos DOTs em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais** (2006) Disponível em <http://www.eerp.usp.br/geotb/Doc/livro_DOTs.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013

SILVA, Ana Cristina de oliveira. **O tratamento supervisionado da tuberculose: percepções do enfermeiro do programa saúde da família de João Pessoa** (2006) Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2006/dissertacaoanacristina.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2013.