

# Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose entre usuarios de tabaco e drogas ilícitas

Vagner Ferreira Do Nascimento<sup>1</sup>; Fernanda Da Silva<sup>2</sup>; Thalise Yuri Hattori<sup>3</sup>; Alisséia Guimarães Lemes<sup>4</sup>; Luciano Garcia Lourenção<sup>5</sup>; Ana Cláudia Pereira Terças Trettel<sup>6</sup>; Margarita Antonia Villar Luis<sup>7</sup>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7573211>

1.- Doutor em Bioética. Docente Adjunto da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Brasil.

E-mail: [vagnernascimento@unemat.br](mailto:vagnernascimento@unemat.br)

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-3355-163X>

N. telefónico: +556533114900

2.- Enfermeira, egressa da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Brasil

E-mail: [fernanda.silva@unemat.br](mailto:fernanda.silva@unemat.br)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0698-0778>

3.- Mestre em Ciências da Saúde. Docente Assistente da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Brasil

E-mail: [thalisehattori@unemat.br](mailto:thalisehattori@unemat.br)

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-4491-0375>

4.- Doutora em Enfermagem Psiquiátrica Docente Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Brasil

E-mail: [alisseia@hotmail.com](mailto:alisseia@hotmail.com)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6155-6473>

5.- Doutor em Ciências da Saúde. Titular-Livre da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Brasil

E-mail: [lucianolourencao.enf@gmail.com](mailto:lucianolourencao.enf@gmail.com)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1240-4702>

6.- Doutora em Medicina Tropical. Docente Adjunta da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Brasil

E-mail: [ana.claudia@unemat.br](mailto:ana.claudia@unemat.br)

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-8761-3325>

7.- Doutora em Enfermagem. Livre Docente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Brasil

E-mail: [margarit@eerp.usp.br](mailto:margarit@eerp.usp.br)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9907-5146>

Recibido: 06 octubre 2022

Aceptado: 05 de enero 2023

Publicado 25 de enero 2023



## RESUMO

Objetivou investigar os fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose entre usuários de tabaco e drogas ilícitas. Trata-se de estudo exploratório e quantitativo, realizado, incluindo os casos notificados de abandono do tratamento de tuberculose em Mato Grosso, Brasil no período de 2015 a 2019. Houve 373 casos de abandonos, com prevalência de tabagistas. A maioria pertencia ao sexo masculino, não brancos, com faixa etária entre 20 e 59 anos e não beneficiários do governo. Houve associação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas e clínicas investigadas ( $p < 0,05$ ), com exceção do tratamento diretamente observado. Os achados apontam que esse perfil de pessoas encontra dificuldades em aderir ao tratamento de tuberculose, bem como buscar outros cuidados, a exemplo da própria dependência. A associação das variáveis investigadas reforça a necessidade dos profissionais, principalmente os enfermeiros, em considerar e incluir tais aspectos na definição dos planos de cuidados.

**Palavras-Chave:** saúde pública; tuberculose; multimorbidade; tabagismo; drogas ilícitas.

## Factores asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis en usuarios de tabaco y drogas ilícitas.

## RESUMEN

Tuvo como objetivo investigar los factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis entre usuarios de tabaco y drogas ilícitas. Este es un estudio exploratorio y cuantitativo, que incluye los casos notificados de abandono del tratamiento de la tuberculosis en Mato Grosso, Brasil, de 2015 a 2019. Hubo 373 casos de abandono, con prevalencia de fumadores. La mayoría eran hombres, no blancos, de entre 20 y 59 años y no beneficiarios del gobierno. Hubo asociación estadísticamente significativa con las variables sociodemográficas y clínicas investigadas ( $p < 0,05$ ), con excepción del tratamiento directamente observado. Los hallazgos indican que ese perfil de personas tiene dificultad para adherirse al tratamiento de la tuberculosis, así como para buscar otros cuidados, como la propia dependencia. La asociación de las variables investigadas refuerza la necesidad de que los profesionales, especialmente los enfermeros, consideren e incluyan tales aspectos en la definición de los planes de cuidados.

**Palabras Clave:** salud pública; tuberculosis; multimorbidad; tabaquismo; drogas ilícitas.

## Factors associated with the abandonment of tuberculosis treatment among tobacco and illicit drug users

## ABSTRACT

It aimed to investigate the factors associated with the abandonment of tuberculosis treatment among tobacco and illicit drug users. This is an exploratory and quantitative study, including the reported cases of tuberculosis treatment abandonment in Mato Grosso, Brazil from 2015 to 2019. There were 373 cases of abandonment, with a prevalence of smokers. Most were male, non-white, aged between 20 and 59 years and not government beneficiaries. There was a statistically significant association with the sociodemographic and clinical variables investigated ( $p < 0.05$ ), with the exception of the directly observed treatment. The findings indicate that this profile of people finds it difficult to adhere to tuberculosis treatment, as well as to seek other care, such as dependence itself. The association of the investigated variables reinforces the need for professionals, especially nurses, to consider and include such aspects in the definition of care plans.

**Key Words:** health public; tuberculosis; multimorbidity; tobacco use disorder; illicit drugs.



## INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que integra o grupo de doenças negligenciadas. No ano de 2020, cerca de dez milhões de pessoas desenvolveram TB, com destaque para países das regiões da África, Ásia e Oceania, com altas prevalências e óbitos<sup>1</sup>. No Brasil, em 2021, houve 66.819 novos casos de TB e o país continua entre os 30 países com a maior alta carga para a TB e para os casos de coinfeção de TB-HIV (Tuberculose-Vírus da Imunodeficiência Humana) no mundo<sup>2</sup>.

Nesse contexto, pensar em estratégias prioritárias envolve também encontrar soluções para reduzir os altos índices de abandono do tratamento da TB. Segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2019, o Brasil teve um percentual de abandono duas vezes mais do que ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup>. No país, a região Centro Oeste apresentou o maior percentual de abandono (14,2%), estando Mato Grosso em destaque quando comparado aos demais Estados. Em 2020, Mato Grosso também apresentou o maior coeficiente de mortalidade do país (2,2 por 100.000 hab.)<sup>2</sup>.

A magnitude da TB já revela grandes desafios para o sistema público de saúde, e quando somada a outros agravos, tende a ampliá-los. No entanto, ainda há uma cultura em estabelecer cuidados uniformes que desconsideram a complexidade de multimorbidades, baseando em modelos centrados exclusivamente na TB<sup>3</sup>, o que contribui para a elevação dos custos do tratamento e crescimento de abandonos. Frente a esse cenário, há preocupação quanto à qualidade do cuidado, que mesmo mobilizando todos os profissionais, coloca o enfermeiro em evidência, pela essencialidade das atividades que transcendem a terapêutica medicamentosa e repercutem não somente na cura da TB, mas na manutenção/resgate da qualidade de vida, autonomia e na disponibilidade de recursos para a promoção à saúde e prevenção de outros agravos.

O reflexo dessa preocupação, em casos de multimorbidade, já é observado na literatura científica brasileira, com o crescimento de estudos sobre abandonos de tratamento principalmente em relação à TB cursando com outras patologias como na presença do HIV, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), transtornos mentais e alcoolismo<sup>4-6</sup>.

Considerando a questão dos abandonos, os clientes com TB, também usuários de drogas psicoativas de forma geral requerem uma maior

atenção, dado a vulnerabilidade a que estão expostos, devido à baixa frequência nos serviços de saúde e pela dificuldade em aderir a tratamentos convencionais<sup>3,5</sup>. Em relação ao tabagismo, além da dependência gerada pela nicotina, existem outros problemas de saúde que o consumo do tabaco pode desencadear (câncer em diversos órgãos, doenças do aparelho respiratório, digestivo, cardiovascular, urinário e reprodutor)<sup>1</sup>.

No caso da TB, a dependência de tabaco causa impactos negativos pelo atraso na conversão do exame de cultura ao longo do tratamento e necessidade de dilatação no período de aplicação da terapia<sup>7</sup>. Há também a influência de aspectos psicossociais que afetem o tabagista (doenças mentais, apoio social reduzido e exposição à violência), os quais propiciam maior índice de abandono do tratamento<sup>8</sup>.

O exposto reforça que hábitos como o uso de tabaco e outras drogas ilícitas pelos portadores de TB deixa-os mais propensos ao risco de abandonar o tratamento<sup>9</sup>. Diante disso, o estudo teve o objetivo de investigar os fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose entre usuários de tabaco e drogas ilícitas.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório e quantitativo, seguindo o Reporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD), em setembro de 2020. A amostragem do estudo foi censitária, incluindo os casos notificados de abandono do tratamento da tuberculose ocorridas em uma área da Amazônia Legal, no Estado de Mato Grosso, Brasil, no período de 2015 a 2019. Esse período foi selecionado por ser a última atualização ocorrida na ficha de notificação/investigação da TB no ano de 2014, com inclusão de dois novos agravos (tabagismo e drogas ilícitas). A delimitação do ano de 2019 ocorreu devido à disponibilidade dos dados no sistema no momento da coleta de dados.

A pesquisa foi realizada diretamente no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN). Teve como critérios de inclusão: registros de pessoas com TB que faziam uso de tabaco e/ou drogas ilícitas, e com abandono do tratamento. Foram excluídos, os registros sem preenchimento do sexo.

Para a coleta dos dados, utilizou-se o TabNet Win32 3.0 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), filtrando as seguintes características sociodemográficas (sexo, idade, cor/etnia,

escolaridade, beneficiários do governo) e clínicas (tipo de entrada, baciloscopia de escarro, cultura de escarro, Tratamento Diretamente Observado – TDO e HIV). Definiram-se as características sociodemográficas (sexo, cor/etnia, faixa etária, escolaridade e beneficiário do governo) e clínicas (tipo de entrada, primeira baciloscopia de escarro, cultura de escarro e testagem para HIV), como variáveis não dependentes, e como variável dependente a soma dos grupos (tabagistas e usuários de drogas ilícitas). Essas variáveis foram extraídas da ficha de notificação de casos de TB, no Brasil.

Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel versão 2013, por dois pesquisadores individualmente e às cegas, e posteriormente conferidos, utilizando-se a ferramenta Data Compare®, a fim de monitorar quaisquer inconsistências ou erros. Posteriormente, esses dados foram importados para o programa

STATA, versão 12.0. A análise foi realizada com o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson, considerando níveis de significância menores ou iguais a 5% e confiança de 95%.

O estudo respeitou todos os aspectos éticos em pesquisa, conforme resolução 466/2012, sendo apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Mato Grosso (CEP/UNEMAT) com CAAE n. 29208720.1.0000.5166 e parecer de aprovação n. 3.903.719.

## RESULTADOS

No período investigado, houve 373 casos de abandono do tratamento de TB entre usuários de substâncias psicoativas (tabagismo e uso de drogas ilícitas). A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas dos usuários que abandonaram o tratamento de TB.

**Tabela 1.** Aspectos sociodemográficos dos casos de abandono do tratamento de TB por usuários de substâncias psicoativas (2015-2019). Mato Grosso, Brasil. (n=373)

| VARIÁVEIS                      | SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS |      |                        |      |                                    |      |       |      | Valor-p |
|--------------------------------|-------------------------|------|------------------------|------|------------------------------------|------|-------|------|---------|
|                                | TABAGISMO               |      | USO DE DROGAS ILÍCITAS |      | TABAGISMO E USO DE DROGAS ILÍCITAS |      | TOTAL |      |         |
|                                | n                       | %    | n                      | %    | n                                  | %    | n     | %    |         |
| <b>SEXO</b>                    |                         |      |                        |      |                                    |      |       |      |         |
| Feminino                       | 33                      | 19,9 | 27                     | 20,3 | 13                                 | 17,5 | 73    | 19,5 | <0,001  |
| Masculino                      | 133                     | 80,1 | 106                    | 79,7 | 61                                 | 82,5 | 300   | 80,5 |         |
| <b>COR/ETNIA</b>               |                         |      |                        |      |                                    |      |       |      |         |
| Branca                         | 23                      | 13,8 | 15                     | 11,3 | 11                                 | 14,8 | 49    | 13,2 | <0,001  |
| Não branca                     | 139                     | 83,8 | 114                    | 85,7 | 61                                 | 82,5 | 314   | 84,2 |         |
| Ign/Branco                     | 4                       | 2,4  | 4                      | 3    | 2                                  | 2,7  | 10    | 2,6  |         |
| <b>FAIXA ETÁRIA</b>            |                         |      |                        |      |                                    |      |       |      |         |
| ≤ 19 anos                      | 6                       | 3,7  | 10                     | 7,5  | 5                                  | 6,7  | 21    | 5,6  | <0,001  |
| 20-59                          | 146                     | 87,9 | 122                    | 91,8 | 69                                 | 93,3 | 337   | 90,4 |         |
| ≥ 60 anos                      | 14                      | 8,4  | 1                      | 0,7  | -                                  | -    | 15    | 4,0  |         |
| <b>ESCOLARIDADE</b>            |                         |      |                        |      |                                    |      |       |      |         |
| ≤ 8 anos                       | 115                     | 69,2 | 75                     | 56,4 | 53                                 | 71,6 | 243   | 65,1 | <0,001  |
| ≥ 8 anos                       | 20                      | 12,1 | 27                     | 20,3 | 6                                  | 8,1  | 53    | 14,2 |         |
| Ign/Branco                     | 31                      | 18,7 | 31                     | 23,3 | 15                                 | 20,3 | 77    | 20,7 |         |
| <b>BENEFICIÁRIO DO GOVERNO</b> |                         |      |                        |      |                                    |      |       |      |         |
| Sim                            | 10                      | 6,1  | 5                      | 3,7  | 4                                  | 5,4  | 19    | 5,1  | <0,001  |
| Não                            | 128                     | 77,1 | 107                    | 80,5 | 60                                 | 81,1 | 295   | 79,1 |         |
| Ign/Branco                     | 28                      | 16,8 | 21                     | 15,8 | 10                                 | 13,5 | 59    | 15,8 |         |

Houve associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo masculino ( $p < 0,001$ ), cor/etnia não branca ( $p < 0,001$ ), faixa etária de 20 e 59 anos ( $p < 0,001$ ), escolaridade ≤ que 8 anos de estudos ( $p < 0,001$ ) e não ser beneficiário do governo ( $p < 0,001$ ) entre os usuários que abandonaram o tratamento (Tabela 1). Na Tabela 2, apresentam-se as variáveis clínicas, as quais apresentaram associação estatisticamente significativa para casos novos ( $p < 0,001$ ), primeira baciloscopia positiva ( $p < 0,001$ ), não realização de cultivação de escarro ( $p < 0,001$ ) e resultado negativo para testagem de HIV ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis clínicas pelos agravos investigados nos casos de abandono do tratamento de TB por usuários de substâncias psicoativas (2015-2019). Mato Grosso, Brasil. (n=373)

| VARIÁVEIS                               | SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS |      |                        |      |                                    |      | TOTAL | Valor-p |
|---|-------------------------|------|------------------------|------|------------------------------------|------|-------|---------|
|   | TABAGISMO               |      | USO DE DROGAS ILÍCITAS |      | TABAGISMO E USO DE DROGAS ILÍCITAS |      |       |         |
|   | n                       | %    | n                      | %    | n                                  | %    |       |         |
| <b>TIPO DE ENTRADA</b>                  |                         |      |                        |      |                                    |      |       |         |
| Caso novo                               | 112                     | 67,5 | 81                     | 60,9 | 51                                 | 68,9 | 244   | 65,4    |
| Recidiva                                | 14                      | 8,4  | 8                      | 6,0  | 4                                  | 5,4  | 26    | 6,9     |
| Reingresso após Abandono                | 35                      | 21,1 | 37                     | 27,9 | 18                                 | 24,2 | 90    | 24,2    |
| Transferência                           | 5                       | 3,0  | 7                      | 5,2  | 1                                  | 1,5  | 13    | 3,5     |
| <b>PRIMEIRA BACILOSCOPIA DE ESCARRO</b> |                         |      |                        |      |                                    |      |       |         |
| Positivo                                | 94                      | 56,6 | 75                     | 56,4 | 44                                 | 59,5 | 213   | 57,1    |
| Negativo                                | 21                      | 12,7 | 13                     | 9,7  | 8                                  | 10,8 | 42    | 11,3    |
| Não Realizado                           | 45                      | 27,1 | 37                     | 27,9 | 18                                 | 24,3 | 100   | 26,8    |
| Não Se Aplica                           | 6                       | 3,6  | 8                      | 6,0  | 4                                  | 5,4  | 18    | 4,8     |
| <b>CULTURA DE ESCARRO</b>               |                         |      |                        |      |                                    |      |       |         |
| Positivo                                | 14                      | 8,5  | 13                     | 9,8  | 7                                  | 9,5  | 34    | 9,1     |
| Negativo                                | 9                       | 5,4  | 8                      | 6,0  | 4                                  | 5,4  | 21    | 5,7     |
| Em andamento                            | 1                       | 0,6  | -                      | -    | -                                  | -    | 1     | 0,3     |
| Não realizado                           | 142                     | 85,5 | 112                    | 84,2 | 63                                 | 85,1 | 317   | 84,9    |
| <b>TDO REALIZADO</b>                    |                         |      |                        |      |                                    |      |       |         |
| Sim                                     | 43                      | 25,9 | 24                     | 18,0 | 15                                 | 20,3 | 82    | 21,9    |
| Não                                     | 57                      | 35,3 | 46                     | 34,6 | 27                                 | 36,5 | 130   | 34,9    |
| Ign/Branco                              | 66                      | 39,8 | 63                     | 47,4 | 32                                 | 43,2 | 161   | 43,2    |
| <b>TESTAGEM PARA HIV</b>                |                         |      |                        |      |                                    |      |       |         |
| Positivo                                | 15                      | 9,1  | 27                     | 20,3 | 11                                 | 14,8 | 53    | 14,3    |
| Negativo                                | 82                      | 49,4 | 68                     | 51,2 | 36                                 | 48,7 | 186   | 49,8    |
| Não realizado                           | 69                      | 41,5 | 38                     | 28,5 | 27                                 | 36,5 | 134   | 35,9    |

TDO: Tratamento Diretamente Observado.

## DISCUSSÃO

Os usuários de substâncias psicoativas são mais susceptíveis ao adoecimento, em diversos aspectos, e se tratando de longos e rígidos tratamentos de saúde como da tuberculose, tornam-se mais vulneráveis ao abandono. Em Barcelona identificou uma diferença estatística maior de TB entre tabagistas quando comparado aos não tabagistas [7]. Os mesmos autores confirmaram que a exposição ativa e passiva à fumaça foram os principais fatores de risco para a infecção latente de TB e de ter uma progressão da TB ativa secundária. Logo, eles puderam concluir uma presença maior de resultados falso-negativos decorrente da resposta imune que se encontrava prejudicada e, conseqüentemente, o atraso no diagnóstico acarretou em quadro clínico mais grave, maior extensão do tratamento e risco de abandono [7].

Entre os abandonos, prevaleceu o sexo masculino, o que ratifica achados de outros estudos, apesar de o crescimento mundial entre as mulheres do uso de drogas psicoativas e os obstáculos de gênero enfrentados na busca pelo cuidado especializado. Mantém-se entre os homens a dificuldade em seguir o tratamento, por negarem

o adoecer, pela dificuldade em serem alcançados pelos serviços de saúde e pela condição, em geral exigida pelos profissionais, de reduzir o consumo dessas substâncias para ter êxito no tratamento da TB [4,6,10-12]. No entanto, na Costa do Marfim, entre usuários de heroína e cocaína/crack com diagnóstico de TB, predominantemente de sexo masculino, 60% conseguiram ser tratados com sucesso [13].

Em relação à cor da pele, neste estudo houve associação com os não brancos, semelhante a estudo em Alagoas [6]. No Brasil, sabe-se que as desigualdades sociais atingem as etnias de não brancos que, muitas vezes, vivem na consolidação de diversas formas de pobreza. Somado a isso, considera-se que diferentes características sociais e econômicas, como renda e educação, implicam em desigualdades no estado de saúde entre grupos populacionais, na medida em que, comparativamente, alguns deles apresentam diferentes formas de manifestar o processo saúde-doença, assim como a própria vivência da doença [13]. Essas disparidades entre os grupos assinalam que os aspectos sociais podem influenciar o curso da doença [14].

Entretanto, essa condição não parece ser uma prioridade, nem pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tampouco pelos de referência em saúde mental. Mesmo quando há programas relativos às drogas lícitas implantados, como no caso, do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), ainda assim não são consideradas as especificidades dos clientes (quer seja pela rigidez do desenho do programa ou daqueles que o conduzem), o que é vital para motivar a sua permanência nos serviços e também contribuir com o tratamento da TB.

Entre os participantes, a faixa etária predominante foi entre 20 a 59 anos (87,9%), assim como observado em outros estudos brasileiros [6,10]. Permeiam nesse grupo etário, fatores como seu poder de compra e consumo de alimentos pouco saudáveis, somados, ao padrão alimentar irregular observado entre usuários de drogas [6]. Em contraponto, esse grupo etário busca atendimentos para incluir mudanças de estilos de vida quando associadas às doenças crônicas não transmissíveis prevalentes na APS (HAS e DM) ou a condições agudas que causam limitações no seu bem-estar, mas é raro essa busca quanto ao hábito de uso de tabaco e outras drogas [2], motivos que ampliam os prejuízos dos tabagistas no enfrentamento da TB.

Sobre o nível de escolaridade, destacaram-se aqueles com até oito anos de estudo (89,2%), uma relação inversamente proporcional entre a escolaridade e os usuários, igualmente observada em âmbito nacional [2]. Estudo em Florianópolis (SC) identificou que quanto menor nível de escolaridade da população maior a prevalência de tabagismo, e que no enfrentamento de diagnóstico concomitante, há intensificação do consumo da substância, dentre outros motivos, na perspectiva de diminuir a tensão e estresse vivenciado em função da doença [15]. No âmbito internacional, pesquisa realizada no Sul da China, indicou que ambientes familiares constituídos por pessoas com menor grau de instrução possuíam um percentual maior de abandono ao tratamento [16].

Nesse sentido, identificar e trabalhar a literacia em saúde dessas pessoas, pode aumentar a compreensão sobre seus cuidados, sua saúde e a busca pela cura da doença [17]. Sendo importante distinguir aqueles usuários do serviço de saúde que já possuem acesso às informações sobre TB, participam de atividades em sala de espera e em grupos de educação em saúde, mas que apresentam comportamentos incoerentes ao que se espera, pois pode estar relacionado a limitações cognitivas resultantes do uso abusivo de uma ou mais drogas, a uma relação médico-paciente prejudicada ou a

negação do próprio diagnóstico [18]. Assim, as ações dos profissionais, em especial da equipe de enfermagem que intervém no conhecimento em saúde das pessoas com TB são recursos potentes para ampliar a compreensão sobre como manter a saúde, garantir os cuidados necessários e buscar a recuperação da doença [17].

A ocorrência da TB e seu manejo aparecem estreitamente vinculados às condições socioeconômicas desfavoráveis, por isso programas de proteção social (benefícios governamentais e não governamentais) podem contribuir para a redução ou eliminação da doença [2]. No presente estudo, verificou-se pouco acesso a esses benefícios. Ao contrário do verificado, pesquisa em Salvador (BA), mostrou que 90,3% dos pesquisados usufruíam de algum benefício social, com proporção maior de cura entre os indivíduos que receberam um ou mais benefícios sociais durante o tratamento da TB do que os demais [11].

A prevalência de abandonos nos casos novos verificada neste estudo pode ter estreita relação com o baixo vínculo (enfermeiro-usuário) estabelecido nas primeiras consultas, devido frequentemente, ao aumento do estigma com a revelação do diagnóstico de TB, assim como no momento que esse paciente assume que é dependente químico. Em países de baixa e média incidência de TB, pesquisadores verificaram que a família e o apoio de enfermeiros é um fator decisivo para a adesão ao tratamento [19]. Todavia, estudo na Paraíba, identificou incompletudes no registro dos enfermeiros no acompanhamento de pacientes com TB (53,01%), com poucas intervenções de enfermagem informadas (11,1%), o que leva a inferir que somente a formação como enfermeiro e a vivência das vulnerabilidades da comunidade não são suficientes para dar assistência a pessoas com multimorbidades. Deste modo, é imperativo incluir ações de conscientização e de educação permanente nos serviços de saúde, e avaliação (tanto a auto avaliação como a avaliação externa) contínua dessa assistência [20].

Estudo de coorte em cinco hospitais da Malásia, assim como no presente estudo, também encontrou uma taxa importante de abandono do tratamento para os casos novos de tuberculose pulmonar diagnosticadas por meio da baciloscopia positiva (23,7%). A maioria das desistências ocorreu no primeiro mês de tratamento e, entre os fatores de risco, foram elencados etnia (não malaio), estado civil (divorciado) e baixa escolaridade, bem como encontraram associação semelhante com tabagismo [8]. Em Sergipe, os

mais propensos a abandonarem o tratamento estiveram relacionados a reingressantes após o abandono, presença de HIV ou transtorno mental, uso de álcool ou drogas ilícitas e/ou tabaco [12].

Quanto ao Tratamento Diretamente Observado (TDO), pilar da estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) no presente estudo observou que não é um item normalmente preenchido ou valorizado no momento da notificação do caso. Pesquisa realizada em Mandya, na Índia, identificou que cerca de 40% dos participantes abandonaram o DOTS por sensação de melhora inicial, tempo prolongado do tratamento, efeitos colaterais dos medicamentos e o próprio esquecimento [21]. No Nepal, não utilizar essa estratégia, teve associação com pessoas mais jovens, casados, com pouca ou nenhuma escolaridade, posição econômica ruim e de região rural, chamando a atenção para a instituição de ações extras, além daquelas já reconhecidas e validadas [22], o que nas Filipinas, destacou-se como sendo o apoio social de enfermeiros, especialmente com suporte emocional e instrumental [23].

Destacou-se no estudo como variável associada ao abandono do tratamento de TB os casos de HIV negativo, dado semelhante ao encontrado em Pernambuco, que apresentou percentual maior entre não soropositivos (52,3%). Achado importante, pois, entre os soropositivos, historicamente há questões ligadas ao preconceito e julgamentos, quer seja por ser usuário de drogas e possuir HIV, como também pelo próprio diagnóstico de TB, que implicam no abandono do tratamento [6,8]. Isso realça a crescente estatística da tríade - HIV, dependência química e marginalização social - que por si só justificam o cenário de vulnerabilidade para o abandono [24]. Por isso, não possuir HIV não esgota a gravidade e a atenção que deve ser oferecida ao grupo.

Outro resultado a enfatizar foi o alto percentual de testes não realizados (41,5%), pois segundo recomendações MS, todo caso confirmado de TB deve ser obrigatoriamente testado para HIV, a fim de identificar precocemente a presença ou não do vírus no intuito de diminuir o risco de complicações e reduzir a necessidade de recursos adicionais [2]. Além disso, entre usuários de drogas ilícitas com TB, aumenta a necessidade de realização do teste, pois a coinfeção por HIV é prevalente [13].

Nesse sentido, rastrear os principais fatores de risco para o abandono do tratamento entre usuários do tabaco e/ou drogas ilícitas, tende a evitar novos casos de tuberculose

multirresistente, bem como a ampliação das taxas de óbitos [12]. Dessa forma, algumas estratégias podem ser pensadas para melhorar a qualidade da assistência, ao capacitar as equipes de saúde para a identificação de casos e abordagens mais acolhedoras; a busca ativa de casos novos de TB com mapeamento de risco social e compartilhamento de cuidados entre outros dispositivos sociais da comunidade; o fortalecimento e qualificação das visitas domiciliares, com estimulação à inserção dessas pessoas em serviços especializados de uso de drogas psicoativas ou que atuam no PNCT e educação em saúde contínua no território [1,2]. Sem esquecer, sobretudo, em repensar como os conteúdos e práticas ligadas à TB estão sendo ministrados durante a formação acadêmica, a exemplo de estudo na Bahia que identificou acadêmicos de enfermagem (oitavo semestre) com deficiências no conhecimento quanto ao diagnóstico, drogas do esquema básico e na aplicação do TDO [25].

Esse conjunto de ações pode motivar o usuário de drogas a seguir adequadamente o tratamento de TB e incentivar seus pares em risco ou já em tratamento a reproduzir o mesmo comportamento. Nessa perspectiva, os profissionais que atendem esses clientes devem considerar, os fatores individuais, econômicos, ambientais, condições e estilos de vida e redes sociais de apoio e lazer, uma vez que é difícil modificar comportamentos sem ponderar as influências do meio sociocultural, e as desvantagens sociais (desemprego, subemprego, sustento, condições de moradia e ausência ou baixa efetividade de políticas sociais e de saúde) condicionadas pela pobreza e por doenças negligenciadas [1].

Percebe-se que os fatores associados ao abandono do tratamento são múltiplos e complexos no seu entendimento e explicação. Por isso, o cuidado deve pautar-se numa comunicação terapêutica assertiva, que motive as pessoas a participarem do seu tratamento como corresponsáveis, no intuito de ampliar sua autonomia para identificar os pontos que precisam ser melhorados ou fortalecidos na sua assistência. Participar do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), pode ser um exercício para empoderá-los em relação ao tratamento da TB, de outros problemas de saúde e à sua vida no enfrentamento de adversidades, como estar em situação de rua e sem suportes, características comuns de muitas pessoas com TB e usuários de drogas. Portanto, o suporte do entorno próximo e do grupo responsável

pelo cuidado profissional é fundamental para melhor prognóstico.

Entre as limitações do estudo, destacam-se a utilização de dados secundários e a incompletude nos registros da notificação, seja durante o acompanhamento dos casos como na avaliação e desfecho do tratamento pelas equipes de saúde. Por outro lado, o estudo revela um cenário inédito nessa região da Amazônia Legal, onde a ocorrência de abandono do tratamento de tuberculose é uma importante problemática, e possivelmente as equipes de saúde ainda não conhecem ou se atentaram à algumas particularidades das pessoas com TB, também usuárias de substâncias psicoativas, cujos problemas se somam e interferem na recuperação.

### CONCLUSÃO

O estudo verificou que ser usuário de substâncias psicoativas teve associação com o abandono do tratamento da TB, com todas as variáveis sociodemográficas e clínico epidemiológicas investigadas, com exceção do TDO. Logo, conclui-se que essa multimorbidade, baseada na combinação de TB e substâncias psicoativas, impõe obstáculos para o início e a manutenção do tratamento, sendo mais agravante, por esses usuários possuírem características que distanciam dos serviços de saúde, deixando de realizar corretamente o tratamento da TB, bem como buscar cuidados para o tratamento da dependência química.

Diante disto, espera-se que este estudo proporcione elementos para embasar intervenções quanto ao rastreamento, encaminhamento e incentivo a esses usuários, a fim de participarem de consultas agendadas, ações de rotina do serviço de saúde, grupos e oficinas terapêuticas oferecidas pelos próprios profissionais da APS e parceiros, assim como trabalhos desenvolvidos pela rede especializada em saúde mental, uma vez que, os cuidados direcionados à condição de dependência química tende a repercutir no tratamento da TB. Para tanto, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros devem buscar capacitações voltadas às demandas desse público, de modo a se instrumentalizarem para a implementação efetiva de estratégias, como o PNCT, debates sobre a temática em espaços comunitários e a inclusão de temas transversais ligados a tuberculose e drogas nos ambientes de ensino escolar e universitário.

### REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
2. Brasil. Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2021. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 1º ed, n. esp, p. 44. 2021. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>
3. Argenti G, Zuber JFS, Martins JC, Zanescio C, Fadel CB. A interdisciplinariedade no tratamento de tuberculose: ferramentas, desafios - e perspectivas. *Braz J Develop*. 2019; 5(12):e33009-e33024. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n12-356>
4. Ferreira MRL, Bonfim RO, Siqueira TC, Orfão NH. Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Contemp*. 2018; 7(1):63-71. doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1579>
5. Santo SSSE, Abreu AMM, Portela LF, Mattos LR, Paixão LAR, Brites RMR, et al. Consumo de substâncias psicoativas em pacientes com tuberculose: adesão ao tratamento e interface com Intervenção Breve. *Rev Enferm Ref*. 2020; 5(1):e19093-e19093. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19093>
6. Tavares SCM, Cunha AMS, Gomes NMC, Lima, ABA, Santos IMR, Acácio MS, et al. Tendência e caracterização epidemiológica da tuberculose em Alagoas, 2007-2016. *Cad Saúde Coletiva*. 2020; 28(1):e107-e115. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010381>
7. Altet N, Lotorre I, Fuentes MAJ, Maldonado J, Molina I, Díaz YG, et al. Assessment of the influence of direct tobacco smoke on infection and active TB management. *PLoS One*. 2017; 12(8):e0182998. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182998>
8. Suliman Q, Lim PY, Said SMD, Tan KA, Zulkefli NAM. Risk factors for early TB treatment interruption among newly diagnosed patients in Malaysia. *Sci Rep*. 2022; 12(745). doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04742-2>
9. Silva LF, Carvalho NS, Souza BWL, Castro RC. Fatores de risco e complicações da tuberculose em decorrência do abandono do tratamento. *Res Soc Dev*. 2020; 9(6):e10996350. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3501>
10. Dalazoana SSV, Gabardo BMA, Cardoso RF. Challenges faced by health workers in the use of the directly observed treatment (DOT) for tuberculosis. *Rev Inst Med Trop*. 2021; 63:e25. doi: <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202163025>
11. Andrade KVF, Nery JS, Araújo GS, Barreto ML, Pereira SM. Associação entre desfecho do tratamento, características sociodemográficas e benefícios sociais recebidos por indivíduos com tuberculose em Salvador, Bahia, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019; 28(2):e2018220. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200004>
12. Lima SVMAL, Araújo KCGM, Nunes MAP, Nunes C. Early identification of individuals at risk for loss to follow-up of tuberculosis treatment: A generalised

- hierarchical analysis. *Heliyon*. 2021; 7(4):e06788. doi: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06788>
13. Bernier A, Perrineau S, Reques L, Kouamé A, N'Guessan R, N'Zi L, et al. Prevalence and management of tuberculosis among people who use drugs in Abidjan, Ivory Coast. *Int J Drug Policy*. 2020; 83:102862. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102862>
  14. Franco VC, Peiter PC, Carvajal-Cortés JJ, Pereira RS, Gomes MSS, Mutis MCS. Complex malaria epidemiology in an international border area between Brazil and French Guiana: challenges for elimination. *Trop Med Int Health*. 2019; 47(24):[aprox.6 telas]. doi: <https://doi.org/10.1186/s41182-019-0150-0>
  15. Rocha SAV, Hoepers ATC, Frode TS, Steidle LJM, Pizzichini E, Pizzichini MMM. Prevalência de tabagismo e motivos para continuar a fumar: estudo de base populacional. *J Bras Pneumol*. 2019; 45(4):e20170080. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20170080>
  16. Huang H, Yuan G, Du Y, Cai X, Liu J, Hu C, et al. Effects of preventive therapy for latent tuberculosis infection and factors associated with treatment abandonment: a cross-sectional study. *J Thorac Dis*. 2018; 10(7):4377-4386. doi: <https://doi.org/10.21037/jtd.2018.06.138>
  17. Antunes I, Garcia E. Tuberculose e a comunidade migrante – intervenção de enfermagem comunitária. *Cad Saúde*. 2021; 12(n.esp.):46-47. doi: <https://doi.org/10.34632/cademosdesaude.2020.10251>
  18. Santos MR, Rosas MA, Maranhão LCA, Caldas ASC, Luna SO, Oliveira MGC, et al. Características sobre o uso e abuso de drogas, alterações cognitivas e desempenho ocupacional de usuários assistidos pelo CAPS AD. *Res Soc Dev*. 2021; 10(10):e223101018483. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18483>
  19. Vries SG, Cremers AL, Heuvelings CC, Greve PF, Visser BJ, Bélard S, et al. Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. *Lancet Infect Dis*. 2017; 17(5):e128-e143. doi: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(16\)30531-x](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(16)30531-x)
  20. Silva Júnior NBS, Guedes HCS, Januário DC, Silva ACO, Palha PF, Nogueira MF, et al. Unsatisfactory completeness of nurses' records in the medical records of users with tuberculosis. *Rev Bras Enferm*. 2021; 75(3):e20210316. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0316>
  21. Harshavardhan C, Rekha MC, Sarfaraz J. Factors Affecting Treatment Compliance among Tuberculosis Patients at Dots Centre after Introduction of Daily Regimen and Fixed Dose Combination. *J Assoc Physicians India*. 2022; 70(4):11-12. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35443461/>
  22. Gautam N, Karki RR, Khanam R. Knowledge on tuberculosis and utilization of DOTS service by tuberculosis patients in Lalitpur District, Nepal. *Plos One*. 2021; 16(1):e0245686. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245686>
  23. Banido MG, Ballecer BAP, Ballesteros BDC, Balmonte JRR, Bancud EMF, Rebueno MCDR, et al. Social support from nurses and non-adherence with directly observed therapy (DOTS) maintenance phase among patients with tuberculosis in Metro Manila, Philippines. *Public Health Nurs*. 2020; 37(3):339-346. doi: <https://doi.org/10.1111/phn.12714>
  24. Ranganath TS, Reddy R, Murthy HJD, Kishore SG. Risk factors for non-adherence among people with HIV-associated TB in Karnataka, India: A case-control study. *Indian J Tuberc*. 2022; 69(1):65-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2021.03.003>
  25. Lima CCOJ, Cardoso IA, Mota RS, Araújo GS, Jesus APO, Felzemburgh RDM. Conhecimento de graduandos de enfermagem sobre tuberculose. *Enferm Brasil*. 2018; 17(1):26-33. doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i1.1084>