

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Eser Renan Daum

**AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DE
TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTES
INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA**

Florianópolis

2019

Eser Renan Daum

**AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DE TRATAMENTO
DE TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em
Medicina do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Santa Catarina como
requisito para a obtenção do Título de Bacharel
em Medicina.

Orientador: Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Daum, Eser Renan
Avaliação de Fatores Associados ao Abandono de
Tratamento de Tuberculose Pulmonar em Pacientes Internados
em um Hospital de Referência / Eser Renan Daum ;
orientadora, Dra. Rosemeri Maurici da Silva, 2019.
45 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Tuberculose Pulmonar. 3. Abandono de
Tratamento. 4. Fatores associados. 5. Perfil
epidemiológico. I. da Silva, Dra. Rosemeri Maurici. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Medicina. III. Título.

Eser Renan Daum

**AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DE TRATAMENTO
DE TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Medicina” e aprovado em sua forma final pelo Programa de Graduação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 18 de novembro de 2019.

Prof. Dr. Aroldo Prohmann de Carvalho
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Rosemeri Maurici da Silva
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Regina Célia dos Santos Valim
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Gustavo de Araújo Pinto
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

À minha esposa e parceira, Eduarda, que sempre me apoiou na busca pelos meus objetivos e sonhos, estando ao meu lado para enfrentar todas as dificuldades e desafios dessa caminhada chamada vida, sendo minha inspiração e modelo na arte da medicina. Aos meus pais, Edson e Sibebe, cuja educação, carinho e amor me permitiram crescer e chegar até aqui. À minha sogra e segunda mãe, Simoni, que fez mais por mim do que algum dia eu possa retribuir. E àqueles que estão sempre por perto, tornando a vida em uma bela canção: irmã Mayelle, cunhado Alisson e sobrinho Alec; avó Zenita; e queridos amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar àquEle que me deu forças e capacidade para poder, ainda que apenas um pouco, contribuir na melhora da vida de outros, confiando à mim a missão de zelar pela saúde do próximo. Também devo agradecer a minha orientadora, Dra. Rosemeri, por toda a ajuda e auxílio para que esse projeto saísse do papel e se tornasse realidade, meu muito obrigado! Agradeço também ao Hospital Nereu Ramos, ao grupo de enfermeiros, técnicos e comissão administrativa que permitiu a realização desse trabalho, e compartilhou um pouco da rotina de cuidados que enriqueceu minha perspectiva sobre o tema. E também obrigado aos colegas próximos e professores do curso de medicina da UFSC, pelo apoio nessa jornada para a conclusão desse projeto.

*Febre, hemoptise, dispneia, suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.
Tosse, tosse, tosse.*

Mandou chamar o médico:

- Diga trinta e três.

- Trinta e três... trinta e três... trinta e três...

- Respire.

*- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo
e o pulmão direito infiltrado.*

- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?

- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

(Manuel Bandeira, 1930)

AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

EVALUATION OF ASSOCIATED FACTORS TO ABANDONMENT OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN PATIENTS ADMITTED TO A REFFERAL HOSPITAL.

Eser Renan Daum, acadêmico do curso de graduação em medicina, Universidade Federal de Santa Catarina¹

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva, doutorado em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal de Santa Catarina²

1. Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Santa Catarina.

2. Departamento de Clínica Médica e Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina.

Correspondência:

Eser Renan Daum, Rodovia Amaro Antônio Vieira, número 2259, Bloco B Apto 704, Itacorubi – Florianópolis – SC. CEP: 88034-102. E-mail: eserdr@gmail.com.

Fatores associados ao abandono de tratamento de tuberculose.

RESUMO

Uma das grandes dificuldades da atualidade para tratamento da tuberculose reside no abandono ao tratamento. Objetivou-se avaliar os fatores associados ao abandono de tratamento para tuberculose pulmonar. Para tal, foi realizado um estudo transversal, entre julho de 2016 e julho de 2019, na enfermaria de tisiologia de um hospital de referência. Os indivíduos incluídos no estudo foram aqueles que internaram com diagnóstico confirmado de tuberculose pulmonar. A coleta de dados foi por meio da aplicação de questionário e consulta à prontuário. Os dados foram analisados com auxílio do SPSS versão 22.0[®] e a avaliação das possíveis variáveis associadas ao abandono de tratamento foi realizada por intermédio do qui-quadrado em um nível de significância de 5%. Verificou-se que dos 143 pacientes avaliados, 55 (38,5%) possuíam história de abandono de tratamento. Destes, 85,5% eram homens, 94,5% não possuíam cônjuge/companheiro(a), 80% possuíam renda inferior ou igual a 2 salários mínimos, 52,7% eram moradores de rua, 74,5% não estavam trabalhando, 52,7% apresentavam coinfeção HIV/TB, 81,8% faziam uso de drogas ilícitas, 63,6% achavam que estavam curados após o início do tratamento e 78,2% tiveram tratamento diretamente observado (TDO). Os fatores associados ao abandono foram estado civil ($p = 0,024$), renda familiar estratificada ($p = 0,015$), situação de rua ($p = 0,00$), co-infecção com HIV ($p = 0,013$), uso de drogas ilícitas ($p = 0,00$) e realização do TDO ($p = 0,00$). Concluiu-se que o abandono ao tratamento está diretamente relacionado a fatores de vulnerabilidade sociodemográficos, como baixa renda, situação de rua e não possuir cônjuge, além de co-infecção TB-HIV, uso de drogas ilícitas e TDO.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Abandono. Fatores associados.

ABSTRACT

One of the major difficulties in the treatment of tuberculosis today is the abandonment of treatment. The objective of this study is to evaluate factors associated with abandonment of treatment for pulmonary tuberculosis. To this end, a cross-sectional study was conducted between July 2016 and July 2019 in the tisiology ward of a reference hospital. The subjects included in the study were those who were admitted with a confirmed diagnosis of pulmonary tuberculosis. Data collection was through questionnaire and medical records. Data were analyzed using SPSS version 22.0[®] and the evaluation of possible variables associated with treatment dropout was performed using chi-square at a significance level of 5%. Out of the 143 patients evaluated, 55 (38.5%) had a history of treatment abandonment. Out of this group, 85.5% were men, 94.5% had no spouse/partner, 80% had an income of less than or equal to 2 minimum wages, 52.7% were homeless, 74.5% were not working, 52.7% had HIV/TB coinfection, 81.8% were using illicit drugs, 63.6% thought they were cured after starting treatment and 78.2% had directly observed treatment (DOT). Factors associated with abandonment were marital status ($p = 0.024$), stratified household income ($p = 0.015$), homelessness ($p = 0.00$), HIV co-infection ($p = 0.013$), illicit drug use ($p = 0.00$) and performance of DOT ($p = 0.00$). It was concluded that treatment abandonment is directly related to sociodemographic factors of vulnerability, such as low income, homelessness, lack of spouse, TB-HIV co-infection, illicit drug use and DOT.

Keywords: Pulmonary tuberculosis. Abandonment. Associated factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes com tuberculose pulmonar internados na enfermaria de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos, entre julho de 2016 e julho de 2019.....	19
Tabela 2 – Características clínicas e comportamentais dos pacientes com tuberculose pulmonar internados na enfermaria de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos, entre julho de 2016 e julho de 2019	20
Tabela 3 – Fatores sociodemográficos associados ao abandono de tratamento dos pacientes com tuberculose pulmonar internados na enfermaria de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos, entre julho de 2016 e julho de 2019	23
Tabela 4 – Fatores clínicos e comportamentais associados ao abandono de tratamento dos pacientes com tuberculose pulmonar internados na enfermaria de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos, entre julho de 2016 e julho de 2019	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- BAAR – Bacilos álcool-ácido resistentes
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IST – Infecção Sexualmente Transmissível
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- TB – Tuberculose
- TBMDR – Tuberculose Multi-Droga Resistente
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TDO – Tratamento Diretamente Observado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	OBJETIVOS	16
1.1.1	Objetivo Geral	16
1.1.2	Objetivos Específicos	17
2	DESENVOLVIMENTO	18
2.1	METODOLOGIA	18
2.2	RESULTADOS	19
2.3	DISCUSSÃO	25
3	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICE A – TCLE	37
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	39
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	41

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* que acomete principalmente os pulmões, mas não exclusivamente, podendo atingir praticamente quase todos os tecidos e órgãos^{1,2}. Sua transmissão ocorre por via aerógena, tipicamente em ambientes mal ventilados e de aglomeração humana, que possibilitam contato íntimo prolongado com o doente com TB pulmonar bacilífero¹⁻³. Ser infectado pelo bacilo não remete necessariamente ao desenvolvimento de doença, pelo contrário, apenas 5-10% das 1,7 bilhão de pessoas infectadas no mundo pelo bacilo de Koch desenvolverão doença em toda a sua vida^{1,4}.

Embora seja uma doença curável, com tratamento eficaz, configura uma preocupação crescente de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento⁴. Segundo a OMS, a TB está entre as 10 principais causas de morte no mundo, sendo a primeira causa de mortalidade por doença infectocontagiosa (acima de HIV/Aids), sendo que em 2018 cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram (133/100 mil habitantes) e 1,5 milhão foram a óbito pela TB no mundo¹.

Apesar do elevado número de casos ainda existente, globalmente a incidência da TB gradativamente vem reduzindo em média 1,6% ao ano, no período de 2000-2018. Além disso, a mortalidade por TB reduziu 42% neste mesmo período¹.

Neste cenário, o Brasil se encontra como um dos 30 países responsáveis pela maior carga da TB no mundo¹, sendo que em 2018 foram diagnosticados 72.788 casos novos (34,8 casos por 100 mil habitantes) no país, o que representa uma redução média na taxa de incidência de 1% ao ano no período de 2009-2018⁵. Além disso, a taxa de mortalidade no território nacional foi de 2,2 óbitos/100 mil habitantes em 2018, com uma redução média de 2,1% ao ano no período de 2009-2018⁵.

A despeito dos avanços alcançados pelo Brasil, o número de casos registrados da doença ainda é consideravelmente elevado, além da heterogeneidade presente entre as Unidades Federativas, enquanto Goiás reporta 13,7 casos por 100 mil habitantes, o Amazonas apresenta 72,9⁵. Isso faz com que o país tenha gastos consideráveis com o manejo da TB, com valores estimados de 57 milhões de dólares no ano de 2018¹.

Esse quadro é sustentado pela multiplicidade de fatores que influenciam a epidemiologia da TB, desde aspectos inerentes ao indivíduo, como também ao ambiente, às condições geopolíticas e de saúde^{3,6}. Reconhecidamente observa-se que certos grupos

populacionais são mais susceptíveis à infecção e adoecimento pela TB, como os portadores de HIV e outras condições imunossupressoras^{3,6-8}, moradores de abrigos e asilos⁶, populações privadas de liberdade ou em situação de rua^{4,6,8}, tabagistas^{3,6}, profissionais da área da saúde^{1,6,9}, populações indígenas^{6,8}, imigrantes⁷, adultos jovens^{2,6,8} e baixa escolaridade^{4,6,8,10}.

Além de configurar fatores de risco ao desenvolvimento da TB, muitas dessas características também influenciam na aderência do paciente ao tratamento anti-TB, levando-o ao abandono^{6,7}. Esse comportamento é prejudicial tanto para o paciente quanto para a comunidade, visto que a realização incompleta do esquema de tratamento não garante cura da doença, mantendo o indivíduo bacilífero e conseqüentemente disseminando infecção para seus contatos, além de gerar maior risco de recaída, sucessos terapêuticos inferiores em caso de retratamento, aumento do risco de cepas multirresistentes, maiores custos de tratamento e maior risco de morte^{1,6}.

Nesse contexto, alguns estudos já apontaram fatores associados ao abandono de tratamento relacionado à TB, como nos casos de imigrantes, pessoas sem cônjuge ou que vivem sozinhas, institucionalizadas, com realização de tratamento prévio e com dificuldades de compreensão sobre o tratamento e/ou doença¹¹⁻¹³.

Dessa maneira, para que o Brasil alcance metas desafiadoras, como as estabelecidas pela OMS, que definiu como visão de futuro “um mundo livre da tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença”¹ até o ano de 2035, tendo como marcos a redução da incidência da doença em 80% e da mortalidade em 90% até o ano de 2030 quando comparado à 2015, é de grande importância buscar reconhecer os segmentos populacionais mais vulneráveis à infecção e adoecimento pela TB, além dos fatores associados que levam o indivíduo a abandonar o tratamento para que se desenvolvam ações direcionadas a essas populações. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por TB pulmonar na enfermaria de tisiologia do Hospital Nereu Ramos e analisar a presença de fatores associados ao abandono de tratamento.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por TB pulmonar na enfermaria de tisiologia do Hospital Nereu Ramos e analisar a presença de fatores associados ao abandono de tratamento.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar e analisar dados sociodemográficos dos pacientes com TB pulmonar: idade, sexo, naturalidade/procedência, renda familiar, escolaridade, área de residência, situação laboral;

- Identificar e analisar os fatores associados ao abandono de tratamento: comorbidades, uso de drogas ilícitas, tabaco e álcool, fase de abandono, distância para acompanhamento, entendimento sobre o quadro e tratamento, hostilidade da equipe de saúde, efeitos adversos ao tratamento e TDO.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, entre julho de 2016 e julho de 2019, na enfermaria de tisiologia do Hospital Nereu Ramos, localizado em Florianópolis, Santa Catarina, referência em infectologia no estado. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), conforme Anexo A. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Apêndice A).

Foram incluídos no estudo indivíduos com: (1) diagnóstico confirmado de TB pulmonar por meio de teste rápido molecular para TB - Xpert MTB/RIF – reagente^{14,15}; e/ou (2) cultura positiva para *M. tuberculosis*; e/ou (3) com diagnóstico presumido de TB pulmonar pela presença de duas pesquisas de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) positivos em escarro ou um BAAR positivo associado à radiografia de tórax sugestiva de TB; e/ou (4) histopatologia com granuloma, com ou sem necrose de caseificação, em paciente com suspeita clínica^{4,6}, os quais encontravam-se internados para tratamento (caso novo) ou retratamento de tuberculose pulmonar devido a abandono prévio a tratamento, falência terapêutica e/ou recidiva da doença.

Pacientes internados devido a TB extra-pulmonar foram excluídos do estudo, assim como aqueles que apresentavam dispneia intensa, obnubilados ou comatosos, com déficit cognitivo evidente e incapazes de responder adequadamente ao questionário.

Para avaliar o perfil epidemiológico dos participantes do estudo foi aplicado um questionário (Apêndice B) por dois pesquisadores, composto por variáveis selecionadas a partir de dados provenientes de revisão de literatura acerca de potenciais fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da TB, assim como para o abandono de tratamento. As variáveis selecionadas foram: idade, sexo, escolaridade, procedência, residência em área urbana ou rural, pessoa vivendo em situação de rua ou de privação de liberdade, *status* em relação ao tratamento para a TB (caso novo, retratamento por abandono prévio ou recidiva), co-infecção com o HIV, portador de condição imunossupressora ou pneumopatia crônica, situação laboral, presença de etilismo, tabagismo ou drogadição e realização de Tratamento Diretamente Observado (TDO). Também foi avaliado se o paciente estava ciente de algumas informações sobre a TB e seu respectivo tratamento, assim como alguns aspectos em relação a sua percepção acerca do profissional de saúde responsável por seu tratamento e sua satisfação com a orientação recebida. Além do questionário, alguns dados sócio-demográficos e clínico-comportamentais foram coletados por intermédio da consulta de prontuários.

Considerou-se como “abandono” os casos em que o paciente deixou de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para o seu retorno, sendo nos casos de TDO o prazo de 30 dias contado a partir da última tomada do medicamento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁶.

Os dados foram armazenados em tabelas do *Microsoft Excel* e analisados utilizando-se a ferramenta *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e percentuais, e as quantitativas, em média e desvio padrão (DP). A avaliação das possíveis variáveis associadas ao abandono de tratamento foi realizada por meio do teste de qui-quadrado em um nível de significância de 5%.

2.2 RESULTADOS

Dos 157 pacientes, 14 foram considerados como perdas devido a não assinatura do TCLE e/ou falta de dados coletados durante a entrevista ou prontuário, resultando na avaliação de 143 pacientes que estiveram internados na enfermaria de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos em diferentes momentos no período entre julho de 2016 e julho de 2019. Na tabela 1 encontra-se o perfil sociodemográfico dos pacientes, e na tabela 2 constam as características clínicas e comportamentais.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes com tuberculose pulmonar internados na enfermaria de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos, entre julho de 2016 e julho de 2019.

Características	n (%)	Média (±DP)
Idade		40,3 (± 11,7)
Renda familiar (salários mínimos)		1,7 (± 1,5)
Renda familiar estratificada		
≤ 2 salários mínimos	95 (66,4%)	
> 2 salários mínimos	37 (25,9%)	
Não soube informar	11 (7,7%)	
Sexo		
Feminino	23 (16,1%)	
Masculino	120 (83,9%)	
Procedência		
Região Metropolitana de Florianópolis	108 (75,5%)	
Outro	35 (24,5%)	
Estado Civil		
Casado	25 (17,5%)	
Divorciado	26 (18,2%)	
Solteiro	86 (60,1%)	
Viúvo	6 (4,2%)	
Escolaridade		
Analfabeto	4 (2,8%)	

Fundamental Incompleto	79 (55,2%)
Fundamental Completo	33 (23,1%)
Médio Incompleto	7 (4,9%)
Médio Completo	18 (12,6%)
Superior Incompleto	1 (0,7%)
Superior Completo	1 (0,7%)
Escolaridade Estratificada	
Até fundamental completo	116 (81,1%)
Acima do fundamental completo	27 (18,9%)
Área de residência	
Área urbana	133 (93%)
Área rural	10 (7%)
Situação de rua	
Sim	46 (32,2%)
Não	97 (67,8%)
Institucionalizado	
Presidiário	9 (6,3%)
Abrigo/Asilo	2 (1,4%)
Não institucionalizados	132 (92,3%)
Situação do presidiário	
Atual	9 (6,3%)
Prévio	24 (16,8%)
Não presidiário	110 (76,9%)
Situação de emprego	
Desempregado	95 (66,4%)
Trabalhando	48 (33,6%)

Fonte: produzido pelos autores.

Destaca-se que a média de idade dos participantes do presente estudo foi de 40,3 anos (DP \pm 11,7), sendo que 95 (66,4%) tinham renda inferior ou igual a 2 salários mínimos e 116 (81,1%) tinham escolaridade até nível fundamental completo, com nove ou menos anos de estudo.

Dos entrevistados, 120 (83,9%) eram homens e 108 (75,5%) residiam na região metropolitana de Florianópolis, sendo 133 (93%) residentes de áreas urbanas. Foi verificado que 118 (82,5%) não possuíam cônjuge, e 95 (66,4%) estavam desempregados.

Do total, 46 pacientes (32,2%) referiam estar em situação de rua e somente 9 (6,3%) estavam atualmente em situação de privação de liberdade, apesar de 24 (16,8%) já terem referido privação prévia.

Tabela 2 – Características clínicas e comportamentais dos pacientes com tuberculose pulmonar internados na enfermaria de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos, entre julho de 2016 e julho de 2019.

Variável	n (%)
Presença de Comorbidades	
Sim	59 (41,3%)

Não	84 (58,7%)
Co-infecção com HIV	
Sim	57 (39,9%)
Não	86 (60,1%)
Etilismo	
Sim	75 (52,4%)
Não	68 (47,6%)
Situação do Etilismo	
Atual	75 (52,4%)
Prévio	14 (9,8%)
Não etilista	54 (37,8%)
Uso de drogas ilícitas	
Sim	88 (61,5%)
Não	55 (38,5%)
Tabagismo	
Sim	92 (64,3%)
Não	51 (35,7%)
Situação do Tabagismo	
Atual	92 (64,3%)
Prévio	25 (17,5%)
Não tabagista	26 (18,2%)
Motivo da internação	
Caso novo	61 (42,7%)
Abandono de tratamento	55 (38,5%)
Tuberculose Multi-Droga Resistente (TBMDR)	9 (6,3%)
Recidiva	9 (6,3%)
Outros	9 (6,3%)
Fase de Abandono	
Fase Intensiva	22 (15,4%)
Fase de Manutenção	33 (23,1%)
Não abandonou	88 (61,5%)
Ficou satisfeito com a orientação	
Sim	105 (73,4%)
Não	38 (26,6%)
Sabe que a TB tem cura	
Sim	133 (93%)
Não	10 (7%)
Sabe da duração do tratamento	
Sim	124 (86,7%)
Não	19 (13,3%)
Sabe dos riscos da não adesão	
Sim	91 (63,6%)
Não	52 (36,4%)
Conseguiu sanar dúvidas no atendimento	
Sim	114 (79,7%)
Não	29 (20,3%)
Considerou o profissional de saúde hostil	
Sim	18 (12,6%)
Não	125 (87,4%)
Possui confiança no profissional de saúde	

Sim	134 (93,7%)
Não	9 (6,3%)
Apresentou dificuldades de conciliar trabalho e tratamento	
Sim	42 (29,4%)
Não	101 (70,6%)
Teve efeitos adversos à terapia	
Sim	54 (37,8%)
Não	89 (62,2%)
Principais efeitos adversos	
Cefaleia	19 (13,3%)
Hepatotoxicidade	15 (10,5%)
Vômitos	11 (7,7%)
Outros	9 (6,3%)
Sem efeitos adversos	89 (62,2%)
Considerou excessiva a quantidade de medicamentos	
Sim	18 (12,6%)
Não	125 (87,4%)
Presenciou indisponibilidade de medicamentos	
Sim	8 (5,6%)
Não	135 (94,4%)
Realizou TDO	
Sim	80 (55,9%)
Não	63 (44,1%)

Fonte: produzido pelos autores.

Em relação às comorbidades, 59 (41,3%) referiram alguma doença associada, sendo que 57 (39,9%) eram pessoas que viviam com HIV. No que tange às drogas, 75 (52,4%) eram etilistas, 92 (64,3%) eram tabagistas e 88 (61,5%) alegaram ser usuários de algum tipo de droga ilícita.

Dos 143 pacientes entrevistados, 55 (38,5%) estavam internados devido a abandono de tratamento, 61 (42,7%) eram casos novos, 9 (6,3%) eram interações por recidiva, outros 9 (6,3%) devido a TBMDR e os demais 9 (6,3%) se enquadravam em outras causas, como insucesso terapêutico e efeitos adversos ao tratamento.

Dos casos de abandono, 22 casos ocorreram na fase intensiva (40%) e 33 ocorreram na fase de manutenção (60%). Nesses 55 pacientes que abandonaram o tratamento, 52 (94,5%) sabiam que a TB era curável e 49 (89,1%) sabiam da duração do tratamento, mas 35 (63,6%) acharam que estavam curados após melhora inicial com tratamento farmacológico, com 16 (29,1%) dos participantes não satisfeitos com as orientações inicialmente fornecidas sobre a doença e 21 (38,2%) não sabiam dos riscos associados a não adesão do tratamento. Ainda 8 (14,5%) não conseguiram sanar suas dúvidas com os profissionais de saúde sobre o seu quadro clínico, 9 (16,4%) referiam que o profissional de saúde foi hostil, apesar de 50

(90,9%) possuem confiança no profissional de saúde que lhe atendia, 13 (23,6%) referiram dificuldades de conciliar trabalho e tratamento anti-TB, 21 (38,2%) apresentaram algum efeito adverso da terapia farmacológica anti-TB – sendo os principais cefaleia, vômitos e hepatotoxicidade, 9 (16,4%) consideraram excessivos a quantidade de medicamentos que precisaram utilizar durante o tratamento e 43 (78,2%) alegam ter realizado o TDO durante a internação prévia.

Na avaliação das possíveis variáveis associadas ao abandono de tratamento, foram encontradas associações com significância estatística para as variáveis estado civil ($p = 0,024$), renda familiar estratificada ($p = 0,015$), situação de rua ($p = 0,00$), co-infecção com HIV ($p = 0,013$), uso de drogas ilícitas ($p = 0,00$) e realização do TDO ($p = 0,00$), enquanto que as demais variáveis analisadas não apresentaram associação significativa com internação por abandono de tratamento (tabelas 3 e 4).

Tabela 3 – Fatores sociodemográficos associados ao abandono de tratamento dos pacientes com tuberculose pulmonar internados na enfermaria de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos, entre julho de 2016 e julho de 2019.

Variável	Não abandono (%)	Abandono (%)	
Sexo			$p = 0,692$
Feminino	15 (10,5%)	8 (5,6%)	
Masculino	73 (51%)	47 (32,9%)	
Região			
Metropolitana de Florianópolis			$p = 0,310$
Sim	69 (48,3%)	39 (27,3%)	
Não	19 (13,3%)	16 (11,2%)	
Estado Civil			$p = 0,024$
Casado	22 (15,4%)	3 (2,1%)	
Divorciado	16 (11,2%)	10 (7%)	
Solteiro	47 (32,9%)	39 (27,3%)	
Viúvo	3 (2,1%)	3 (2,1%)	
Possui Cônjuge			$p = 0,003$
Sim	22 (15,4%)	3 (2,1%)	
Não	66 (46,2%)	52 (36,4%)	
Renda Familiar			
Estratificada			$p = 0,015$
≤ 2 sal. mínimos	51 (35,7%)	44 (30,8%)	
> 2 sal. mínimos	30 (21%)	7 (4,9%)	
Não informado	7 (4,9%)	4 (2,8%)	
Escolaridade			
Estratificada			$p = 0,543$
Até fund. comp.	70 (49%)	46 (32,2%)	
Acima fund. comp.	18 (12,6%)	9 (6,3%)	
Área de Residência			$p = 0,568$

Área Urbana	81 (56,6%)	52 (36,4%)	
Área Rural	7 (4,9%)	3 (2,1%)	
Situação de rua			p = 0,000
Sim	17 (11,9%)	29 (20,3%)	
Não	71 (49,7%)	26 (18,2%)	
Presidiário			p = 0,703
Sim	5 (3,5%)	4 (2,8%)	
Não	83 (58%)	51 (35,7%)	
Situação presidiário			p = 0,089
Atual	5 (3,5%)	4 (2,8%)	
Prévio	10 (7%)	14 (9,8%)	
Não presidiário	73 (51%)	37 (25,9%)	
Situação Trabalhista			p = 0,104
Desempregado	54 (37,8%)	41 (28,7%)	
Trabalhando	34 (23,8%)	14 (9,8%)	

Fonte: produzido pelos autores.

Tabela 4 – Fatores clínicos e comportamentais associados ao abandono de tratamento dos pacientes com tuberculose pulmonar internados na enfermaria de Tisiologia do Hospital Nereu Ramos, entre julho de 2016 e julho de 2019.

Variável	Não abandono (%)	Abandono (%)	
Comorbidades			p = 0,809
Sim	37 (25,9%)	22 (15,4%)	
Não	51 (35,7%)	33 (23,1%)	
Co-infecção HIV			p = 0,013
Sim	28 (19,6%)	29 (20,3%)	
Não	60 (42%)	26 (18,2%)	
Etilismo			p = 0,691
Sim	45 (31,5%)	30 (21%)	
Não	43 (30,1%)	25 (17,5%)	
Situação do etilismo			p = 0,720
Atual	45 (31,5%)	30 (21%)	
Prévio	10 (7%)	4 (2,8%)	
Não etilista	33 (23,1%)	21 (14,7%)	
Uso de drogas ilícitas			p = 0,000
Sim	43 (30,1%)	45 (31,5%)	
Não	45 (31,5%)	10 (7%)	
Tabagismo			p = 0,562
Sim	55 (38,5%)	37 (25,9%)	
Não	33 (23,1%)	18 (12,6%)	
Situação do tabagismo			p = 0,487
Atual	55 (38,5%)	37 (25,9%)	
Prévio	18 (12,6%)	7 (4,9%)	
Não tabagista	15 (10,5%)	11 (7,7%)	
Satisfeito com orientação			p = 0,590
Sim	66 (46,2%)	39 (27,3%)	
Não	22 (15,4%)	16 (11,2%)	
Sabe que TB tem cura			p = 0,568

Sim	81 (56,6%)	52 (36,4%)	
Não	7 (4,9%)	3 (2,1%)	
Sabe da duração do tratamento			p = 0,508
Sim	75 (52,4%)	49 (34,3%)	
Não	13 (9,1%)	6 (4,2%)	
Sabe riscos não adesão			p = 0,721
Sim	57 (39,9%)	34 (23,8%)	
Não	31 (21,7%)	21 (14,7%)	
Sanou dúvidas			p = 0,178
Sim	67 (46,9%)	47 (32,9%)	
Não	21 (14,7%)	8 (5,6%)	
Profissional de saúde hostil			p = 0,282
Sim	9 (6,3%)	9 (6,3%)	
Não	79 (55,2%)	46 (32,2%)	
Confiança no profissional			p = 0,276
Sim	84 (58,7%)	50 (35%)	
Não	4 (2,8%)	5 (3,5%)	
Dificuldades em conciliar trabalho			p = 0,234
Sim	29 (20,3%)	13 (9,1%)	
Não	59 (41,3%)	42 (41,6%)	
Efeitos adversos			p = 0,935
Sim	33 (23,1%)	21 (14,7%)	
Não	55 (38,5%)	34 (23,8%)	
Medicações excessivas			p = 0,282
Sim	9 (6,3%)	9 (6,3%)	
Não	79 (55,2%)	46 (32,2%)	
Indisponibilidade de medicamentos			p = 0,490
Sim	4 (2,8%)	4 (2,8%)	
Não	84 (58,7%)	51 (35,7%)	
Realizou TDO			p = 0,000
Sim	37 (25,9%)	43 (30,1%)	
Não	51 (35,7%)	12 (8,4%)	

Fonte: produzido pelos autores.

2.3 DISCUSSÃO

Santa Catarina encontra-se no grupo de estados que em 2018 apresentou coeficiente de incidência da TB abaixo do valor nacional (34,8/100 mil habitantes), o qual foi de 23,7 por 100 mil habitantes. Esse valor é pequeno quando comparado ao do Amazonas (72,9) e Rio de Janeiro (66,3), porém corresponde a quase o dobro em relação a outros estados, como Goiás (13,7) e Tocantins (12,6). Todavia, em pior situação se encontra sua capital, Florianópolis, a

qual apresentou 46 casos por 100 mil habitantes em 2018, ficando acima da média nacional, bem como outras 17 capitais brasileiras⁵.

Coerente com esse cenário, os resultados demonstraram a presença de inúmeros fatores de vulnerabilidade nos indivíduos do estudo para o desenvolvimento da TB. A média de idade dos participantes foi de 40,3 anos, semelhante a reportada em outros locais do país como Pernambuco^{12,16}, Pará⁸ e Maranhão¹⁷, além de outros países com elevada incidência de TB, como a Etiópia e Zâmbia¹. Isso acarreta importante carga da doença, pois essa faixa etária compreende à maioria das pessoas economicamente ativas, o que favorece a dispersão da doença e prejudica a manutenção do indivíduo ativo no mercado de trabalho^{2,17}. Ressaltando esse fato, 66,4% dos pacientes encontravam-se desempregados e 29,4% apresentaram dificuldades em conciliar tratamento com o trabalho.

Houve predomínio do sexo masculino (83,9%), tendo isso já sido observado em países com alta carga da doença^{1,18} e em outros estudos realizados em território nacional, como Pernambuco^{12,16}, Pará⁸, Maranhão¹⁷ e São Paulo^{19,20}. Tal fato parece decorrer de uma série de razões, seja pelas barreiras institucionais que dificultam os horários de funcionamento dos serviços de saúde, pela maior prevalência de co-infecção HIV-TB, além do etilismo e uso abusivo de drogas maiores na população masculina, associado com a própria subjetividade do gênero, que faz muitos homens considerarem a doença como uma vulnerabilidade, retardando a procura pelo atendimento médico⁸.

Em relação à escolaridade, 81,1% dos pacientes estudaram apenas até o nível fundamental completo, o que condiz com o apontado na literatura em outros locais do Brasil^{6,8,10} e do mundo^{4,11,21}, corroborando o aspecto social da doença. Tal fato influencia diretamente na compreensão da doença e da importância do tratamento por parte do doente, o que dificulta inclusive a adesão^{8,10,11}, sendo que em um estudo realizado na China e publicado em 2019, verificou-se que pacientes com 9 anos de estudo ou menos, o equivalente ao fundamental completo, tinham risco de 3,3 – 4,7 vezes maior de abandonar o tratamento²¹. Apesar disso, essa associação não foi significativa no presente estudo.

A maioria dos pacientes eram procedentes de Santa Catarina (98,6%), sendo que 93% residiam em área urbana, o que pode ser explicado pelo grande número de participantes do estudo serem provenientes da região metropolitana de Florianópolis (75,5%). Essa região é caracteristicamente de população urbana, 93,8% segundo o IBGE, em seu último censo²². Esse padrão pode variar na literatura em dependência das características do local onde o estudo foi desenhado^{23,24}.

Também foi observado que 6,3% dos participantes se encontravam em regime de privação de liberdade, apesar de 16,8% já terem referido privação prévia, valor este expressivo e que reforça o que é apontado na literatura, que associa essa variável como um fator de vulnerabilidade à TB^{6,13,25}. Da mesma forma, em vários locais a TB é a principal doença infecciosa nos sistemas prisionais, com prevalência maior do que a população geral. No continente europeu, por exemplo, chega a ser 17 vezes maior, independentemente do status econômico e/ou carga de TB do país²⁶. Em contrapartida, no Brasil estima-se que o risco de acometimento da doença seja cerca de 28 vezes maior nessa população⁶. Isso se dá por diversas razões: atraso diagnóstico, acesso restrito aos serviços de saúde, superlotação, alta rotatividade de prisioneiros, condições alimentares precárias (deficiência de vitaminas) e má implementação de medidas de controle de infecção por TB^{26,27}. Além disso, o ambiente propício para desenvolvimento de TB pode acarretar em transmissibilidade para a comunidade quando o indivíduo bacilífero é liberado, perpetuando a epidemia²⁷. No presente trabalho, porém, não houve associação entre a variável e o abandono de tratamento, provavelmente devido à amostragem pequena.

Comportamentos deletérios, como adição ao tabaco e álcool, estiveram marcadamente presentes entre os pacientes avaliados, sendo 64,3% tabagistas e 52,4% com história atual de etilismo, 9,8% com história prévia. O tabaco pode ser considerado como um fator de risco para adoecimento por TB por diversas causas, desde o comprometimento imune do indivíduo até ao contexto social do tabagismo^{4,6,28,29}, sendo tipicamente um fator de risco para transmissibilidade, e não de progressão da doença³⁰. Além disso, alguns estudos sugerem a associação com abandono de tratamento, como visto em Fortaleza¹³ e Recife³¹, mas o mesmo não foi observado na população do presente trabalho.

Em consonância, o etilismo é considerado importante fator de risco para TB^{32,33}, tanto pelo compartilhamento do contexto social relacionado à TB como pelo estado de imunossupressão, seja por toxicidade direta sobre o sistema imune^{34,35}, seja pela deficiência de macro e micronutrientes⁶. Outrossim, é um dos principais fatores para abandono de tratamento e perda de vínculo do paciente com o serviço de saúde^{12,13,36}. Apesar da elevada prevalência de etilistas neste estudo, não foi observada associação significativa entre a variável e o abandono.

O perfil dos pacientes internados constava em sua maioria por casos novos (42,7%), mas uma parcela considerável (38,5%), era retratamento por abandono prévio de tratamento associado a retorno da doença, além de 6,3% estarem em retratamento por TBMDR e os

12,5% restantes por outras causas, como insucesso terapêutico ou efeitos adversos ao tratamento. Como o estudo contou com uma amostra de pacientes em regime de internação hospitalar, a porcentagem de história positiva para abandono de tratamento foi bem elevada. Entretanto, não se pode desconsiderar a porcentagem de abandono de tratamento em Santa Catarina e, principalmente, em Florianópolis, que são respectivamente 9,8% e 20,4%, com o valor da capital quase o dobro do valor nacional (10,8%)⁵, e ambos se encontram distantes do ideal de até 5% preconizado pela OMS para as metas do programa estratégico de fim da TB até 2035¹. Em dados mais recentes do Ministério da Saúde, de março de 2019, foi verificado que Florianópolis é a segunda capital nacional com maior índice de abandono de tratamento, atrás apenas de Aracajú (21,6%)⁵.

Dos pacientes que abandonaram, houve predomínio deste comportamento na fase de manutenção (60%), dado esse que corrobora os achados em outros estudos. Em uma pesquisa realizada no Marrocos, 68% dos pacientes que interromperam o tratamento o fizeram na fase de manutenção³⁷, semelhante ao relatado em Uganda³⁸, República da Estônia³⁹, Moldávia⁴⁰ e mesmo nos Estados Unidos⁴¹, sendo inclusive que o abandono coincidiu com a transferência dos cuidados para a comunidade, remetendo a importância da orientação adequada e formação de vínculo com o paciente^{40,41}.

Foram encontradas associações significativas para história de retratamento por abandono prévio com as seguintes variáveis: estado civil ($p = 0,024$), renda familiar estratificada ($p = 0,015$), situação de rua ($p = 0,00$), co-infecção com HIV ($p = 0,013$), uso de drogas ilícitas ($p = 0,00$) e realização do TDO ($p = 0,00$). Muitas destas relações são corroboradas pela literatura, que aponta também como características associadas ao abandono de tratamento: sexo masculino^{13,18,23}, desemprego^{13,24}, situação de rua¹³, etilistas^{7,12,13,32}, institucionalizados¹¹⁻¹³, história prévia de abandono^{11,13,23}, uso de drogas ilícitas^{7,13,35} e co-infecção HIV/TB^{7,13,35}. O presente estudo, portanto, reforça alguns dos achados da literatura, porém com enfoque na população de Santa Catarina, especialmente Florianópolis.

No que tange a ausência de cônjuge, o abandono terapêutico parece decorrer da falta de um suporte social e emocional para o doente durante o período de tratamento³⁵. Inclusive diferentes estudos apontam que em pacientes divorciados, viúvos ou solteiros a taxa de abandono é maior, como visto na Espanha¹¹ e China²¹, corroborando o que foi verificado no presente trabalho.

Da mesma forma, uma renda familiar baixa ou mesmo o desemprego é um fator associado a abandono já apontado na literatura^{13,24}, sendo que um estudo realizado em Fortaleza demonstrou que pacientes com menores condições socioeconômicas possuíam

maior risco de abandono¹³, sendo o mesmo visto no Pará⁴² e em um estudo em Duque de Caxias, este inclusive verificou que estes indivíduos tinham um risco 4x maior de abandono⁴³. As razões que podem explicar a associação incluem desde a falta de recursos financeiros para aquisição do fármacos (o que não ocorre no Brasil pela presença do SUS), até a correlação de baixa renda com baixo nível educacional, que influencia diretamente na percepção do paciente sobre sua condição de saúde e interfere na adesão ao regime terapêutico⁴². Vale ressaltar que, no presente estudo, apesar da baixa renda familiar ter sido associada ao abandono, o mesmo não foi observado para o baixo nível de escolaridade, possivelmente pelas diferenças sociodemográficas da população.

Também foi observado que 32,2% dos participantes encontravam-se em situação de rua e 6,3% em regime de privação de liberdade, valores estes expressivos e que vão ao encontro da literatura que aponta essas situações como fatores de vulnerabilidade a TB^{6,13,25}. Conforme estudo realizado nos Estados Unidos, os moradores de rua apresentaram um risco 10 vezes maior de serem acometidos pela TB que a população geral⁴⁴. Já no Brasil, se identificou um risco de 56 vezes maior⁶, sendo a divergência possivelmente causada pelas características socioeconômicas de cada país. Para essa população, o abandono decorre de diversas possíveis causas, desde uma baixa autoestima e alimentação inadequada até ao uso abusivo do álcool e outras drogas⁶. O próprio fato de residir na rua não contribui para que o tratamento seja seguido de forma regular. Além disso, essa população é frequentemente acometida por outras comorbidades que dificultam a adesão ao tratamento, sendo as principais as doenças cardiovasculares, os transtornos mentais, a dependência química e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)^{6,13}.

Ao analisar a presença de comorbidades associadas ao diagnóstico de TB, destaca-se a co-infecção com o HIV, encontrada em 39,9% do total de participantes do estudo e em 52,7% dos pacientes que abandonaram o tratamento. Este dado é de suma importância, visto que o HIV é um fator preditor independente para TB³⁰, além de a TB ser a maior causa de morbimortalidade em pessoas vivendo com HIV^{1,35,45}, sendo que o risco de desenvolver TB é cerca de 28 vezes maior em relação a não portadores do HIV⁶. O total de casos de co-infecção é inferior à média nacional de casos novos de co-infecção HIV-TB, que em 2018 foi de 75,5%, sendo em Santa Catarina 85,6%⁵, o que possivelmente esteja associado a menor proporção de casos novos no presente estudo – 42,7%. Somado a isso, a realização de tratamento simultâneo para o HIV e a TB aumenta o número de medicamentos a serem ingeridos e propicia maior chance dos efeitos colaterais sobrepostos, o que torna a adesão ao

tratamento um desafio, necessitando de avaliação constante, manejo adequado e escuta qualificada para os diferentes contextos individuais⁴⁶, fato já reportado em outros trabalhos que apontam a co-infecção como fator associado ao abandono^{7,13,35}.

O uso de drogas ilícitas já é apontado como fator associado ao abandono por diversos estudos realizados no Brasil^{13,35} e no mundo^{7,11}. Isso se deve desde ao fato do estereótipo associado ao usuário configurar uma barreira para manejo adequado por parte dos profissionais de saúde, como pela própria condição social intrínseca ao uso abusivo dessas substâncias, no qual o usuário muitas vezes opta pela descontinuidade terapêutica em detrimento da perpetuação do seu vício, o que dificulta a adesão e o acompanhamento regular destes pacientes^{7,11,13}.

A realização do TDO, feito por 55,9% do total de participantes do estudo, está consideravelmente maior que a média nacional de 36,9%⁵, e foi verificada como fator associado ao abandono no presente estudo. Apesar de seu objetivo ser assegurar que os pacientes ingiram as medicações através da tomada supervisionada, uma meta-análise da Cochrane demonstrou que o TDO não provê a solução por si só para a pobre adesão ao tratamento anti-TB⁴⁷, além de a literatura apontar para resultados divergentes sobre seus benefícios, indo desde uma forma de acompanhar os pacientes fornecendo suporte emocional, manutenção do vínculo e monitorização de efeitos adversos⁴⁸, até um importante fardo para as pessoas que vivem com TB, necessitando ir receber seu tratamento em determinado local diariamente^{49,50}, o que pode levar ao abandono⁴. No presente estudo, quando feita a análise estatística, foi verificado que 43 dos 55 pacientes que abandonaram o tratamento (78,2%) alegaram ter feito o TDO na internação, reforçando o papel coadjuvante, e não protagonista, desta forma de tratamento. Contudo, há a possibilidade de interferência deste resultado pelo próprio desenho do estudo, que conta com um perfil apenas de pacientes internados, onde o TDO é realizado de forma rotineira, sendo que o grupo de pacientes reinternados por abandono é mais propenso a realizar o TDO devido a maior vigilância sobre o mesmo.

Outro fator associado ao abandono também citado na literatura é o desconhecimento em relação a alguns aspectos da TB e seu tratamento, como: duração, possibilidade de cura, conhecimento dos riscos ligados a não adesão ao tratamento, efeitos adversos das medicações^{12,22,42,51}, a presença de comportamento hostil, antipático ou apenas sério do profissional de saúde durante a consulta e também não ter sido dada a chance de o paciente expressar suas dúvidas e preocupações em relação ao tratamento^{12,51}. Entre os resultados encontrados no presente estudo, ressalta-se que dos pacientes que abandonaram, 70,9% ficaram satisfeitos com as orientações fornecidas sobre seu quadro na primeira internação, o

que de modo geral, infere uma avaliação positiva dos serviços de saúde por parte dos pacientes. Além disso, 61,8% referiram algum tipo de efeito adverso ao tratamento, sendo os mais frequentes a cefaleia, vômitos e hepatotoxicidade. Nenhuma destas variáveis, porém, apresentou associação significativa com abandono de tratamento no presente estudo.

3 CONCLUSÃO

Conclui-se que, em relação ao perfil epidemiológico, a maioria dos pacientes internados por TB pulmonar na enfermaria de tisiologia do Hospital Nereu Ramos eram compostos por homens, de aproximadamente 40 anos, solteiros, de baixa renda e baixa escolaridade, residentes de áreas urbanas, desempregados, etilistas, tabagistas e/ou usuários de drogas ilícitas, sendo cerca de 40% co-infectados com HIV. Esse quadro corrobora a multiplicidade de fatores que influenciam na epidemiologia da doença, em grande parte associada a fatores de vulnerabilidade social.

Já no que tange os fatores associados ao abandono de tratamento, a ausência de cônjuge, baixa renda familiar, situação de rua, co-infecção com HIV, uso de drogas ilícitas e realização de TDO foram associados a abandono terapêutico, e o conhecimento destas variáveis se torna essencial, uma vez que o abandono do tratamento é considerado um dos principais obstáculos e desafios para o combate à doença, tendo como consequência direta o aumento do custo do tratamento, da mortalidade e das taxas de recidiva, além de facilitar a emergência de cepas de bacilos resistentes.

Como limitações do estudo, destaca-se que a população analisada era apenas de pacientes internados, com casos mais graves e/ou que necessitavam de maiores cuidados que as unidades básicas de saúde não conseguiam manejar, com maior comorbidades e maior probabilidade de história de abandono. Além disso, alguns fatores que também conferem vulnerabilidade não foram analisados, como etnia e ser um profissional da área da saúde. O questionário utilizado não foi validado. Por fim, não houve quantificação padronizada para as variáveis de tabagismo (carga tabágica) e etilismo (gramas ingeridas por dia).

Como sugestões para estudos futuros, recomenda-se buscar uma amostragem maior, sendo possível através da abrangência da pesquisa para a atenção primária de Florianópolis, sendo essa uma referencia nacional já consolidada, o que permitiria o enriquecimento da pesquisa nos aspectos de perfil epidemiológico e de outros possíveis fatores associados ao abandono de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. WHO. **Global Tuberculosis Report 2019**. Geneva: World Health Organization, 2019. 283 p.
2. FONTES, Giuliano José Fialho et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Brasil no período de 2012 a 2016. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.19-26, jan-mar. 2019.
3. TURNER, Richard D. et al. Tuberculosis Infectiousness and Host Susceptibility. **The Journal of Infectious Diseases**, [s.l.], v. 216, n. 6, p. 636-643, out. 2017. [Http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix361](http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix361).
4. FURIN, Jennifer; COX, Helen; PAI, Madhukar. Tuberculosis. **The Lancet**, [s.l.], v. 393, n. 10181, p. 1642-1656, abr. 2019.
5. SAÚDE, Secretaria de Vigilância em. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. **Boletim Epidemiológico**, v. 50, n. 09: Ministério da Saúde, 2019.
6. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da saúde, 2018. 364 p.
7. RUEDA, M.j. Molina et al. Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada. **Revista Clínica Española**, [s.l.], v. 212, n. 8, p. 383-388, set. 2012.
8. NEVES, Dilma Costa de Oliveira et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose nas regiões de integração do estado do Pará, Brasil, no período entre 2005 e 2014. **Revista Pan-amazônica de Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 21-29, jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000300003>.
9. ALMUFTY, Hind Bahzad; ABDULRAHMAN, Ibtesam Salih; MERZA, Muayad Aghali. Latent tuberculosis infection among healthcare workers in Duhok province: from screening to prophylactic treatment. **Tropical Medicine and Infectious Disease**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 85-96, maio 2019. <Http://dx.doi.org/10.3390/tropicalmed4020085>.
10. RODRIGUES, M.W.; MELLO, A.G.N.C. Tuberculose e escolaridade: uma revisão da literatura. **Revista Internacional de Apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad**, v.4, n. 2, p. 1-12, 2018.
11. A CAYLÀ, Joan et al. Tuberculosis treatment adherence and fatality in Spain. **Respiratory Research**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 1-10, dez. 2009.
12. SOARES, Marcelo Luiz Medeiros et al. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 369-378, abr-jun. 2017. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200014>.

13. HARLING, Guy et al. Determinants of tuberculosis transmission and treatment abandonment in Fortaleza, Brazil. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.1-10, maio 2017.
14. EDDABRA, Rkia; BENHASSOU, Hassan Ait. Rapid molecular assays for detection of tuberculosis. **Pneumonia**, v. 10, n. 1, p.1-12, 25 maio 2018. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s41479-018-0049-2>.
15. WHO. **Xpert MTB/RIF assay for the diagnosis of TB**: Meeting report. Geneva: World Health Organization, 2016.
16. COSTA, Marília Millena Remígio da et al. Tuberculose pulmonar: perfil epidemiológico do sertão Pernambucano, Brasil. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 2228-2238, mar-abr. 2019.
17. SILVA, Pollyanna da Fonseca; MOURA, Germano Silva; CALDAS, Arlene de Jesus Mendes. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 8, p. 1745-1754, ago. 2014. <Http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00124513>.
18. HORTON, Katherine C. et al. Sex Differences in Tuberculosis Burden and Notifications in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. **Plos Medicine**, [s.l.], v. 13, n. 9, p.1-10, 6 set. 2016.
19. BERALDO, Aline Ale et al. Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large municipality. **Esc Anna Nery**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-8, 21 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0075>.
20. YAMAMURA, Mellina et al. Mortalidade por tuberculose no interior de São Paulo – Brasil (2006-2008). **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 14, n. 3, p.1259-1265, 10 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v14i3.22850>.
21. FANG, Xue-hui et al. Factors influencing completion of treatment among pulmonary tuberculosis patients. **Patient Preference and Adherence**, [s.l.], v. 13, p. 491-496, abr. 2019.
22. IBGE. **Arranjos populacionais e concentrações urbanas do Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Geografia – 2. ed. Rio de Janeiro: 2016.
23. ZHANG, Can-you et al. Prevalence and risk factors of active pulmonary tuberculosis among elderly people in China: a population based cross-sectional study. **Infectious Diseases of Poverty**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.1-10, jan. 2019.
24. SIROKA, A. et al. The effect of household poverty on tuberculosis. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, [s.l.], v. 20, n. 12, p.1603-1608, dez. 2016.
25. PARRIOTT, Andrea et al. Care Cascade for targeted tuberculosis testing and linkage to care in homeless populations in the United States: a meta-analysis. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 1-11, abr. 2018. <Http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5393-x>.

26. DARA, Masoud et al. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. **The International Journal of Infectious Diseases**, [s.l.], v. 32, p. 111-117, mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.12.029>.
27. MABUD, Tarub S. et al. Evaluating strategies for control of tuberculosis in prisons and prevention of spillover into communities: An observational and modeling study from Brazil. **Plos Medicine**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 1-16, jan. 2019. <Http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002737>.
28. SLAMA, K et al. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, [s.l.], v. 11, n. 10, p. 1049-1061, out. 2007.
29. LIN, Hsien-ho; EZZATI, Majid; MURRAY, Megan. Tobacco Smoke, Indoor Air Pollution and Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Plos Medicine**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 1-20, jan. 2007.
30. REICHLER, Mary R et al. Risk factors for tuberculosis and effect of preventive therapy among close contacts of persons with infectious tuberculosis. **Clinical Infectious Diseases**, [s.l.], p. 1-54, maio 2019. <Http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciz438>.
31. BATISTA, J. D'arc Lyra et al. Smoking increases the risk of relapse after successful tuberculosis treatment. **International Journal Of Epidemiology**, [s.l.], v. 37, n. 4, p. 841-851, jun. 2008. <Http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyn113>.
32. LÖNNROTH, Knut et al. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 8, n. 1, ago. 2008. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-289>.
33. VOLKMANN, T. et al. Tuberculosis and excess alcohol use in the United States, 1997-2012. **The International journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 19, n. 1, p. 111–119, 2015.
34. SIMET, S. M.; SISSON , J. H. Alcohol's effects on lung health and immunity. **Alcohol research: current reviews**, v. 37, n. 2, p. 199–208, 2015.
35. CASTRO, Sybelle de Souza et al. Characteristics of cases of tuberculosis coinfecting with HIV in Minas Gerais State in 2016. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, [s.l.], v. 61, p. 1-21, abr. 2019. <Http://dx.doi.org/10.1590/s1678-9946201961021>.
36. GARRIDO, Marlucia da Silva et al. Factors associated with tuberculosis treatment default in an endemic area of the Brazilian Amazon: A case control-study. **Plos One**, [s.l.], v. 7, n. 6, p. 1-7, jun. 2012.
37. TACHFOUTI, Nabil et al. Determinants of Tuberculosis treatment default in Morocco: results from a national cohort study. **Pan African Medical Journal**, [s.l.], v. 14, p.1-7, 2013. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2013.14.121.2335>.

38. ELBIREER, Sawsan et al. Tuberculosis treatment default among HIV- TB co- infected patients in urban Uganda. **Tropical Medicine And International Health**, [s.l.], v. 16, n. 8, p. 981-987, maio 2011.
39. KLIIMAN, K.; ALTRAJA, A. Predictors and mortality associated with treatment default in pulmonary tuberculosis. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, [s.l.], v. 14, n. 4, p.454-463, abr. 2010.
40. JENKINS, H. E. et al. Risk factors and timing of default from treatment for non-multidrug-resistant tuberculosis in Moldova. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 373-380, 1 mar. 2013.
41. BHAVNANI, Darlene et al. Treatment outcomes of patients with tuberculosis in New York City. **Journal of Public Health Management and Practice**, [s.l.], v. 21, n. 6, p. 11-18, nov-dez. 2015. [Http://dx.doi.org/10.1097/phh.000000000000193](http://dx.doi.org/10.1097/phh.000000000000193).
42. RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataide et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 44, n. 2, p. 383-387, jun. 2010. [Http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000200020](http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000200020).
43. BELO, M. T. C. T. et al. Tuberculosis treatment outcomes and socio-economic status: a prospective study in Duque de Caxias, Brazil. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, [s.l.], v. 15, n. 7, p.978-981, jul. 2011. [Http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.10.0706](http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.10.0706).
44. BAMRAH, S. et al. Tuberculosis among the homeless, United States, 1994–2010. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, [s.l.], v. 17, n. 11, p. 1414-1419, nov. 2013. [Http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.13.0270](http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.13.0270).
45. BATISTA, Joanna D’arc Lyra et al. Incidence and Risk Factors for Tuberculosis in People Living with HIV: Cohort from HIV Referral Health Centers in Recife, Brazil. **Plos One**, [s.l.], v. 8, n. 5, p. 1-8, maio 2013.
46. BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 412 p.
47. KARUMBI, Jamlick; GARNER, Paul. Directly observed therapy for treating tuberculosis. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p. 1-55, 29 maio 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd003343.pub4>.
48. ISAAKIDIS, Petros et al. ‘I cry every day’: experiences of patients co-infected with HIV and multidrug-resistant tuberculosis. **Tropical Medicine and International Health**, [s.l.], v. 18, n. 9, p. 1128-1133, jul. 2013.
49. BENBABA, Stella et al. Direct Observation (DO) for drug-resistant tuberculosis: do we really DO?. **Plos One**, [s.l.], v. 10, n. 12, p.1-14, dez. 2015.

50. DAFTARY, Amrita; PADAYATCHI, Nesri; O'DONNELL, Max. Preferential adherence to antiretroviral therapy over tuberculosis treatment: a qualitative study of drug-resistant TB/HIV co-infected patients in South Africa. **Global Public Health**, [s.l.], v. 9, n. 9, p. 1107-1116, jul. 2014.

51. ELMADHOUN, W. M. et al. Epidemiology of tuberculosis and evaluation of treatment outcomes in the national tuberculosis control programme, River Nile state, Sudan, 2011-2013. **Eastern Mediterranean Health Journal**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 95-102, abr. 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa que tem como título “Perfil Epidemiológico dos Pacientes Internados por Tuberculose Pulmonar no Hospital Nereu Ramos: Julho de 2016 a Julho de 2019”. Esta pesquisa está sendo realizada pelo aluno do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina Eser Renan Daum, como trabalho de conclusão do curso, sob a responsabilidade de supervisão da Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva, que é professora do Curso de Medicina e orientadora do aluno Eser. A pesquisa tem como objetivo determinar as características socioeconômicas e clínicas dos pacientes portadores de tuberculose pulmonar que internam na enfermaria de tisiologia do Hospital Nereu Ramos para tratamento, e também avaliar a percepção e satisfação desses pacientes acerca da orientação recebida sobre a tuberculose e seu respectivo tratamento.

Esta pesquisa é importante porque vai estudar a relação entre o perfil dos pacientes que são internados para realizar novamente o tratamento para a tuberculose pulmonar e o que levou a necessidade de retratar esses pacientes (exemplo: falha de tratamento, abandono ao tratamento, recidiva/retorno da doença, etc.).

Neste estudo será aplicado um questionário com duração de cerca de 10 minutos para ser respondido. Este questionário avalia suas características socioeconômicas, demográficas (como idade, estado civil, etc.) e de saúde, sua percepção acerca da orientação que você recebeu acerca de sua doença e seu respectivo tratamento e a razão pela qual ocorreu sua internação e retratamento para tuberculose pulmonar. Esse questionário é composto por 24 questões de respostas diretas, sendo sim ou não ou respostas curtas. A sua participação na presente pesquisa não acarretará riscos ou danos a sua saúde, porém, se você sentir algum desconforto, interromperemos a entrevista e chamaremos o médico de plantão para lhe avaliar. Você terá a liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isto lhe traga qualquer prejuízo, da mesma forma que se sentir constrangimento por causa de alguma pergunta, não será obrigado a respondê-la .

A pesquisa trará benefícios para o conhecimento sobre quais são as características mais prevalentes nos pacientes que apresentam a necessidade de internação para retratamento da tuberculose pulmonar, podendo oferecer subsídios aos profissionais de saúde para reconhecer, atender e tratar de forma diferenciada esses pacientes, para que assim seja reduzida a ocorrência de abandono de tratamento, falha terapêutica, recidiva da doença, entre outros.

Você poderá, quando quiser, pedir informações sobre a pesquisa ao pesquisador. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos do pesquisador que constam no final deste documento.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou

nomes fictícios, de modo que ao serem utilizados em eventos e artigos científicos, assim como em campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador Eser Renan Daum sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

Local e Data: Florianópolis, _____ Assinatura: _____

Pesquisador Responsável: Rosemeri Maurici da Silva

CPF: 771075199-72.

E-mail: rosemeri.maurici@ufsc.br

Telefone: (48) 37219014.

Pesquisador Principal: Eser Renan Daum.

CPF: 064631679-67.

E-mail: eserdr@gmail.com

Telefone: (48) 32596149.

Projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401. CEP 88.040-400.

Telefone: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
INTERNADOS POR TUBERCULOSE PULMONAR**

Nome:	
Número de registro:	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> curso superior completo <input type="checkbox"/> curso superior incompleto <input type="checkbox"/> analfabeto	Natural/Procedente: _____ _____
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Idade: _____
Diagnóstico de tuberculose pulmonar: Cultura positiva para <i>M. tuberculosis</i> : <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Baciloscopia positiva em escarro: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quantas? ___ Raio X de tórax sugestiva de TB pulmonar: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Histopatologia com granuloma c/ suspeita clínica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Teste Rápido Molecular – PCR - Xpert <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Internado para retratamento devido a: <input type="checkbox"/> abandono de tratamento <input type="checkbox"/> insucesso terapêutico <input type="checkbox"/> resistência aos fármacos <input type="checkbox"/> recidiva <input type="checkbox"/> outros, qual? _____	Reside em: <input type="checkbox"/> asilo <input type="checkbox"/> abrigos <input type="checkbox"/> morador de rua <input type="checkbox"/> área rural <input type="checkbox"/> área urbana
	Desempregado: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Se houve abandono, em que fase do tratamento ocorreu? <input type="checkbox"/> fase intensiva <input type="checkbox"/> fase de manutenção	Comorbidades: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual (is)? _____
Portador de alguma condição imunodepressora (Ex: HIV, diabetes mellitus, transplantado, uso de drogas imunodepressoras): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____	
Etilismo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

<p>Ficou satisfeito com a orientação recebida acerca da tuberculose e seu tratamento :</p> <p>() sim () não</p>	<p>Uso de drogas ilícitas:</p> <p>() sim () não</p> <p>Qual? _____</p>
<p>Sabe que a tuberculose tem cura:</p> <p>() sim () não</p>	<p>Tabagista:</p> <p>() sim () não</p>
<p>Sabe qual a duração do tratamento:</p> <p>() sim () não</p>	<p>Presidiário:</p> <p>() sim</p> <p>() não</p> <p>() prévio</p>
<p>Sabe dos riscos relacionados a não adesão ao tratamento:</p> <p>() sim () não</p>	<p>Efeitos adversos do tratamento:</p> <p>() sim () não</p>
<p>Considerou hostil ou indiferente o comportamento do profissional de saúde que o atendeu?</p> <p>() sim () não</p>	<p>Realizou o Tratamento Diretamente Observado?</p> <p>() sim () não</p>
<p>Possui confiança no profissional de saúde responsável por seu tratamento?</p> <p>() sim () não</p>	
<p>Apresentou dificuldades em conciliar tratamento e trabalho?</p> <p>() sim () não</p>	

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR TUBERCULOSE PULMONAR NO HOSPITAL NEREU RAMOS: JULHO DE 2016 A JULHO DE 2019

Pesquisador: Rosemeri Maurici da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55922316.0.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.619.684

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas que visa "avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes que internam na enfermaria de tisiologia do Hospital Nereu Ramos, e analisar os fatores associados ao abandono de tratamento (retratamento por abandono)". "Será realizado um estudo de natureza observacional, descritivo e de delineamento transversal, entre julho de 2016 e julho de 2019. O estudo será realizado na enfermaria de tisiologia do Hospital Nereu Ramos (HNR), localizado em Florianópolis, Santa Catarina. A população de estudo será

constituída por [200] indivíduos com diagnóstico firmado de tuberculose pulmonar. A pesquisa será realizada mediante a aplicação de Questionário".

Critério de Inclusão:

A população de estudo será constituída por indivíduos com diagnóstico firmado de tuberculose pulmonar por meio de cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, ou com diagnóstico presumido de tuberculose pulmonar por meio da presença de duas pesquisas de BAAR (bacilo álcool-ácido resistente) positivas em escarro ou um BAAR positivo associado à radiografia de tórax sugestiva de TB, ou histopatologia com granuloma, com ou sem necrose de caseificação, em paciente com suspeita clínica (2), os quais

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vilor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.619.684

internaram no HNR para tratamento ou retratamento de tuberculose pulmonar devido a abandono prévio a tratamento, falência terapêutica e/ou recidiva da doença.

Critério de Exclusão:

Pacientes internados devido a tuberculose extra-pulmonar, indivíduos com dispnéia intensa, obnubilados ou comatosos, e aqueles que apresentarem déficit cognitivo evidente, que impeça a compreensão das perguntas realizadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes que internam na enfermaria de tisiologia do Hospital Nereu Ramos.

Objetivo Secundário:

Analisar os fatores associados ao abandono de tratamento (retratamento por abandono).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos do estudo, faz-se a seguinte previsão: "A participação na presente pesquisa não acarretará riscos ou danos a sua saúde além daqueles envolvidos em uma consulta médica de rotina, porém, se o participante sentir algum desconforto, interromperemos a entrevista e chamaremos o médico de plantão para avaliar o mesmo. O

indivíduo terá a liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isto lhe traga qualquer prejuízo, da mesma forma que se o mesmo sentir constrangimento por causa de alguma pergunta, não será obrigado a respondê-la".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de estudo: Trata-se de uma pesquisa de natureza observacional, descritiva e de delineamento transversal, a qual será realizada entre julho de 2016 e julho de 2019. Local de estudo: O estudo será realizado na enfermaria de tisiologia do Hospital Nereu Ramos (HNR), localizado em Florianópolis, Santa Catarina. Sujeitos da pesquisa: A população de estudo será constituída por indivíduos com diagnóstico firmado de tuberculose pulmonar por meio de cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, ou com diagnóstico presumido de tuberculose pulmonar por meio da presença de duas pesquisas de BAAR (bacilo álcool-ácido resistente) positivas em escarro ou um BAAR positivo associado à radiografia de tórax sugestiva de TB, ou histopatologia com granuloma, com ou sem necrose de caseificação, em paciente com suspeita clínica (2), os quais internaram no

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vilor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.619.684

HNR para tratamento ou retratamento de tuberculose pulmonar devido a abandono prévio a tratamento, falência terapêutica e/ou recidiva da doença. Essas pessoas assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critérios de exclusão: Pacientes internados devido a tuberculose extrapulmonar, indivíduos com dispneia intensa, obnubilados ou comatosos, e aqueles que apresentarem déficit cognitivo evidente, que impeça a compreensão das perguntas realizadas. Formas de coleta de dados: A pesquisa será realizada mediante a aplicação de Questionário, o qual será apresentado aos pacientes junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após orientação do paciente acerca do que consiste a pesquisa, o questionário será aplicado pelo entrevistador com o paciente. Demais informações faltantes e os dados clínicos e laboratoriais serão coletados do prontuário. O preenchimento do questionário requer cerca de 10 minutos para ser realizado. Todas as etapas serão orientadas pelo entrevistador, respeitando o livre-arbítrio e a escolha do paciente em responder ou não à pesquisa. Caso o participante relate constrangimento em responder alguns questionamentos o mesmo será imediatamente esclarecido pelo pesquisador da não necessidade de resposta a todas as perguntas

realizadas. Da mesma forma, caso o participante apresente alguma intercorrência clínica durante a entrevista, a mesma será interrompida e o médico de plantão do Hospital será chamado para que sejam tomadas as providências cabíveis. Variáveis: Para este estudo serão selecionadas as seguintes variáveis: idade, sexo, presença de comorbidades, escolaridade, estado civil, naturalidade, procedência, renda familiar, tipo de residência, indicação de retratamento, status laboral, presença de etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, vivência em regime de encarceramento, conhecimento do paciente acerca da tuberculose e seu respectivo tratamento, satisfação do paciente com a orientação recebida acerca da tuberculose e seu tratamento, confiança e impressão do paciente acerca do profissional de saúde responsável por seu tratamento, apresentação de efeitos adversos à terapia, utilização de terapia alternativa à farmacológica, realização de tratamento diretamente observado, conciliação entre trabalho e tratamento pelo paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as solicitações do parecer consubstanciado anterior foram atendidas, sendo que, nessa versão, todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e de acordo com a legislação vigente: o TCLE foi revisado nos seguintes aspectos: (a) Acrescentado que o TCLE está escrito em duas vias, todas as páginas rubricadas e que uma via será fornecida ao participante e a outra ficará com o pesquisador; (b) Acrescentado que os pesquisadores seguem o

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propeq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.619.684

preconizado na Resolução CNS 466/12; (c) Trocada a palavra 'sujeito' por 'participante'; (d) Acrescentado um endereço físico do pesquisador; (e) Retirada a frase "Em caso de necessidade".

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR TUBERCULOSE PULMONAR NO HOSPITAL NEREU RAMOS: JULHO DE 2016 A JULHO DE 2019" deve ser considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_698763.pdf	09/06/2016 09:37:22		Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias.docx	09/06/2016 09:36:39	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/06/2016 09:36:09	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	10/05/2016 12:59:38	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	10/05/2016 12:59:20	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/05/2016 12:59:00	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.619.684

FLORIANOPOLIS, 04 de Julho de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br