

**Tratamento e abandono de casos notificados de Tuberculose do Estado do
Rio Grande do Sul**

**Treatment and abandonment of notified cases of Tuberculosis in the State of
Rio Grande do Sul**

**Tratamiento y abandono de casos notificados de tuberculosis en el Estado de
Rio Grande do Sul**

Recebido: 17/08/2020 | Revisado: 27/08/2020 | Aceito: 01/09/2020 | Publicado: 02/09/2020

Ana Paula Lopes De Deus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3114-5758>

Faculdade Integrada de Santa Maria, Brasil

E-mail: anapaula.lopesdedeus@gmail.com

Herton Gilvan Caminha Goerch

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8135-1333>

Faculdade Integrada de Santa Maria

E-mail: herton.goerch@fisma.com.br

Helena Carolina Noal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9912-2881>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: helenacnoal@gmail.com

Elisa Rucks Megier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3448-9193>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: elisa.rucks@gmail.com

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4699-3661>

Faculdade Integrada de Santa Maria, Brasil

E-mail: eleanversa@gmail.com

Resumo

Objetiva-se verificar a taxa de cura e de abandono do tratamento de pessoas com tuberculose notificadas no Estado do Rio Grande do Sul no período de 2006 a 2016. Metodologia: estudo transversal retrospectivo através do Sistema de Informação em Saúde utilizando-se o Sistema

de Informação e Agravos de Notificações, incluídas notificações por tuberculose no período de 2006 a dezembro de 2016 e residentes no Rio Grande do Sul. Resultados: o encerramento dos casos classificados como abandono foi de 16%, taxa média de cura foi de 76%, óbitos por outras causas a taxa média de 18% e a taxa de óbitos por tuberculose no período analisado foi de 4%. Conclusão: a maioria dos. Sendo necessário repensar estratégias conforme preconizado pelo Ministério da saúde para o controle deste agravo.

Palavras-chave: Tuberculose; Atenção primária à saúde; Sistema de informação em saúde; Notificação.

Abstract

The objective is to verify the cure rate and treatment abandonment rate of people with tuberculosis notified in the State of Rio Grande do Sul from 2006 to 2016. Methodology; retrospective cross-sectional study through the Health Information System using the Information and Diseases of Notifications, including notifications for tuberculosis in the period from 2006 to December 2016 and residents in Rio Grande do Sul. Results: the closure of cases classified as abandonment was 16%, the average cure rate was 76%, deaths from other causes a average rate of 18% and the rate of deaths from tuberculosis in the analyzed period was 4%. Conclusion; it that the majority of gauchos notified by tuberculosis are undergoing treatment and have consequently been cured, however, the dropout rate is high. It is necessary to rethink strategies as recommended by the Ministry of Health to control this disease.

Keywords: Tuberculosis; Primary health care; Health information system; Notification.

Resumen

El objetivo es verificar la tasa de curación y la tasa de abandono del tratamiento de las personas con tuberculosis notificadas en el Estado de Rio Grande do Sul de 2006 a 2016. Metodología: estudio transversal retrospectivo a través del Sistema de Información de Salud utilizando la Información y Enfermedades de las notificaciones, incluidas las notificaciones de tuberculosis en el período de 2006 a diciembre de 2016 y los residentes en Rio Grande do Sul. El cierre de los casos clasificados como abandono fue del 16%, Resultados: la tasa de curación promedio fue del 76%, las muertes por otras causas a tasa promedio del 18% y la tasa de muertes por tuberculosis en el período analizado fue del 4%. Conclusión: que la mayoría de los gauchos notificados por tuberculosis están en tratamiento y, en consecuencia,

se han curado, sin embargo, la tasa de abandono es alta. Es necesario repensar las estrategias recomendadas por el Ministerio de Salud para controlar esta enfermedad.

Palabras clave: Tuberculosis; Atención primaria a la salud; Sistema de información sanitaria; Notificación.

1. Introdução

A Tuberculose (TB) pode ser entendida como uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch que afeta principalmente os pulmões. Na maioria dos casos a transmissão ocorre por via aérea, visto que a infecção acontece pela inalação de gotículas, que contém bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro. No entanto, pode vir acometer outras partes do corpo, como por exemplo: ossos, meninges e rins (Brasil, 2020).

Há indícios da presença de TB desde a época da colonização portuguesa no Brasil, conhecido como a “peste branca”, doença que afetou índios e colonos, provocando o adoecimento consequentemente a morte de muitos nativos (Maciel, Mendes, Gomes & Batista, 2012). Estima-se que a mortalidade por TB no Brasil Império alcançou 1/150 habitantes, a partir deste momento, o setor público de saúde iniciou as primeiras medidas sanitárias para o controle da TB. Simultaneamente a 1870 em diante, diversas leis a respeito das questões sanitárias foram instituídas e a epidemia de TB no Brasil ficou conhecida como “a praga dos pobres”, relacionada as moradias insalubres, precárias condições de higiene e alimentação (Maciel et al., 2012).

Nesse contexto, observa-se a incidência de casos a partir da década de 90, atingindo o pico em 2004. A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou estratégias para o tratamento, entre elas a política de prevenção conjunta, diagnóstico e tratamento da TB- HIV/AIDS. O abandono de tratamento tem se tornado uma das principais preocupações no Brasil em relação a TB, a taxa de abandono corresponde cerca de 17%, uma vez que o MS preconiza como aceitável uma taxa de 5% de abandono (Brasil, 2020).

Aproximadamente 70 mil casos novos da doença são notificados, ocorrendo cerca de 4,5 mil mortes em decorrência desta. A nível mundial verifica-se que cerca de 10 milhões de pessoas adoecem por tuberculose, levando mais de um milhão de pessoas a óbito, por ano (Brasil, 2017). Com o abandono do tratamento não ocorre o rompimento da cadeia de transmissibilidade, além de facilitar a resistência medicamentosa, recidivas e o aumento do custo e tempo do tratamento. O tratamento implica em prescrições diferentes, o risco de

contágio se modifica juntamente com o perfil epidemiológico da população acometida, permanecendo como uma doença distante de ser erradica na região Nordeste (Barreto, Santos, Monteiro, Jesus, Barbosa & Oliveira (2020).

No Brasil, o MS lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como um Problema de Saúde Pública, seguindo as medidas disponibilizadas pela OMS (Brasil, 2017). Tendo em vista que a tuberculose é uma doença infectocontagiosa de grande problema de saúde pública e de difícil controle devido às altas taxas de abandono e não adesão de tratamento, se faz necessário realizar um estudo para verificar se os indivíduos com tuberculose estão realizando ou abandonando o tratamento de tuberculose no RS.

Dessa forma, questiona-se: os usuários notificados no Sistema de Informação e Agravos de Notificações (SINAN) com TB estão realizando ou abandonando o tratamento no Rio Grande do Sul? Dessa forma, objetiva-se verificar a taxa de cura e de abandono do tratamento de pessoas com tuberculose notificadas no Estado do Rio Grande do Sul no período de 2006 a 2016.

2. Metodologia

Foi desenvolvido um estudo transversal retrospectivo, realizado em uma única ocasião ou durante um curto período. O qual pode ser delineado para retornar do momento atual até um determinado ponto no passado (Hulley, Cummings & Browner, 2008). Para a coleta dos dados foi utilizado o Sistema de Informação em Saúde DATASUS e a busca dos dados foi realizada através do Sistema de Informação e Agravos de Notificações (SINAN) por TB no período de 2006 a 2016.

Os dados foram selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão/exclusão: notificações por tuberculose nos últimos dez anos, de Janeiro de 2006 a Dezembro de 2016, pessoas residentes no Rio Grande do Sul. Foram excluídas populações residentes fora do Rio Grande do Sul e anos de notificação de casos de tuberculose anteriores a 2006.

Utilizou-se as variáveis dependentes disponibilizadas pelo SINAN: número de casos com TB notificados no período de 2006 a 2016, tipo de entrada, casos novos, recidiva, reingresso pós abandono, transferência e óbito. Forma: ignorado\branco, pulmonar, extrapulmonar. Situação encerrada: Ignorado\Branco, cura, abandono, óbito por TB, óbito por outras causas, mudança de diagnóstico. As variáveis independentes utilizadas no estudo foram: ano de diagnóstico: 2006 a 2016; Estado de Residência: Rio Grande do Sul; Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 a mais; Raça:

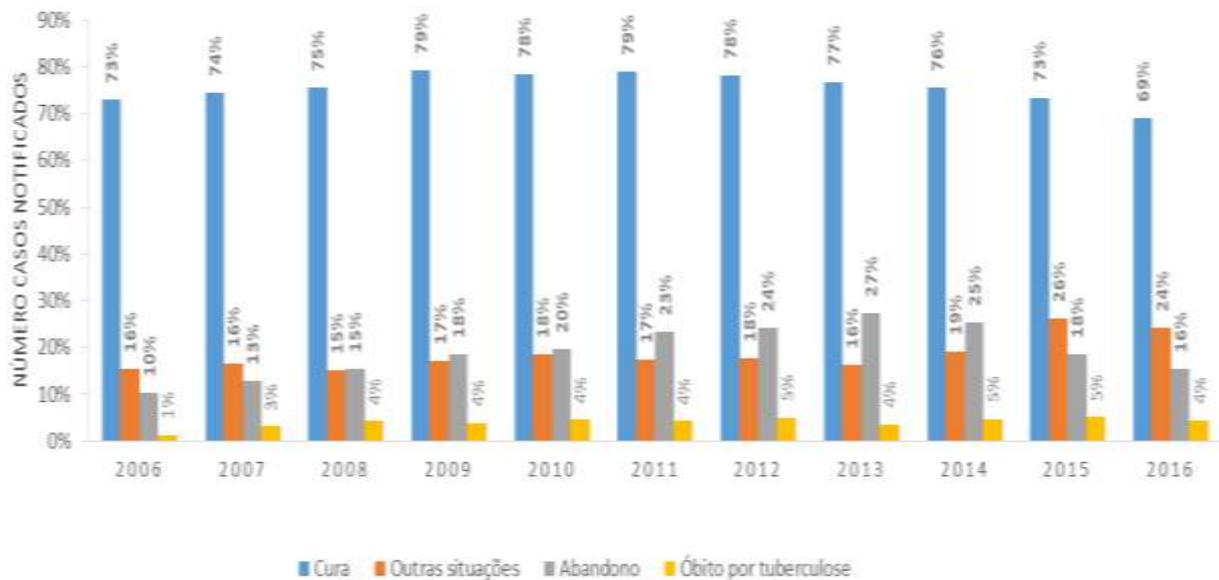
branca, preta, amarela, parda, indígena, Ignorado/branco; Sexo: em branco/ignorado, masculino ou feminino; Institucionalizado: não, presídio, asilo, orfanato, hospital psiquiátrico, PPL (População Privada de Liberdade): sim, não, ignorado/branco; Beneficiário Governo: sim, não, ignorado/branco; Teste Realizado: HIV: ignorado/branco, positivo, negativo, em andamento, não realizado; TDO (Tratamento Diretamente Observado): ignorado/branco, sim, não.

Após a busca dos dados no DATASUS-SINAN foram transferidos para o Microsoft Excel® 2010. Utilizou-se a análise estatística descritiva, distribuição da frequência absoluta e relativa, sendo utilizadas tabelas e gráficos. Quanto aos aspectos éticos, foram preservadas as informações do DATASUS e do SINAN, não sendo submetido ao Comitê de Ética por se tratar de dados secundários de domínio público

3. Resultados

No período considerado, 2006 à 2016, foram confirmados 66.445 casos de todas as formas de Tuberculose no Rio Grande do Sul. Desses, 10.663 casos obtiveram encerramento classificado como ‘abandono’ do tratamento, equivalendo a uma taxa de 16,0%. A taxa de cura da doença foi de 42.138 (76%). Óbito por outras causas, transferência, TB-DR, mudança de esquema, falência e abandono primário alcançou 10.301 casos (15,5%). A taxa média se manteve em 18% e a taxa de óbito por tuberculose no período analisado do estudo foi de 2.201 casos, 4%. A Figura 1 demonstra a evolução no período de cura, abandono e outras situações dos casos notificados.

Figura 1: Distribuição das proporções de desfechos de casos notificados de tuberculose por anos de diagnóstico no Rio Grande do Sul, 2006-2016.



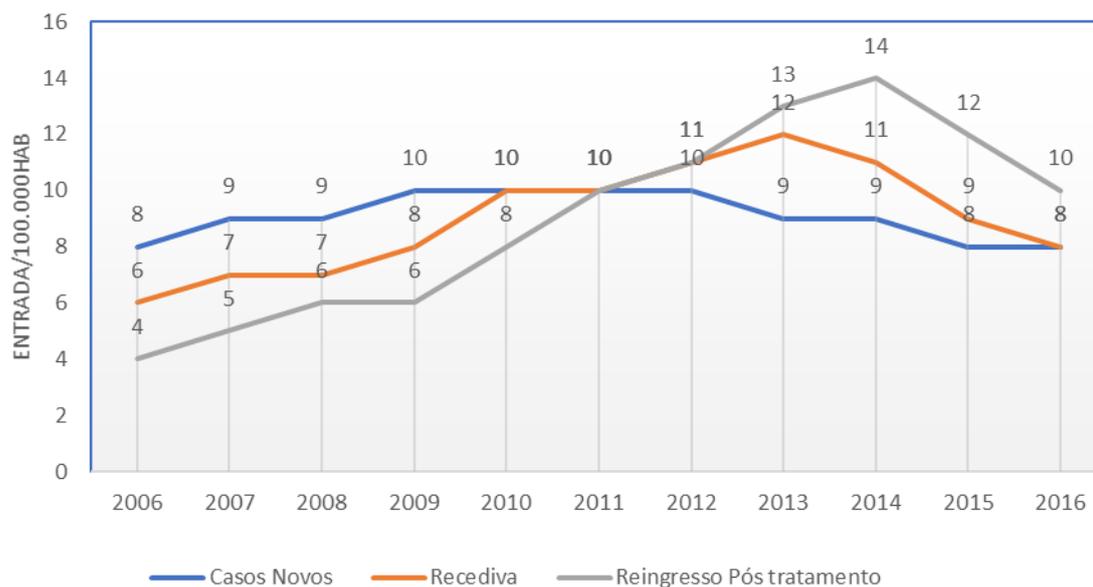
Fonte: Departamento de Informática do SUS – DATASUS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, 2006-2016.

Nos anos de 2009 e 2011 a taxa de cura dos casos notificados de tuberculose apresentaram a maior taxa, 79%, e no ano de 2016 foi a de menor taxa de cura, 63%. A maior taxa de abandono ao tratamento da tuberculose ocorreu no ano de 2013, 27%. No ano de 2015 houve óbitos por outras causas, transferência, TB-DR, mudança de esquema, falência e abandono primário foi a maior taxa, 26%, do período analisado, as maiores taxas de óbitos por tuberculose ocorreram nos anos 2012, 2014 e 2015 com 5% respectivamente.

Em relação aos casos novos, no período de 2006 a 2016 foram notificados 43.490. Destes, 4.635, 10,6%, foram notificados como recidiva e 4.991, 11,5%, por reingresso pós-abandono do tratamento. A partir do ano de 2008 verifica-se um aumento de usuários com tuberculose que reingressaram após abandonarem o tratamento, incidindo em 2014.

A partir do ano de 2010 e no ano de 2013, verificou-se o maior aumento de recidivas nos anos seguintes. Percebe-se uma diminuição de recidivas de tuberculose no RS, entretanto, é superior aos anos de 2006, 2007 e 2008. Nos anos subsequentes há uma diminuição de casos notificados de reingresso pós-abandono quando comparado com o ano de 2014, mas ainda elevado quando analisados com os anos iniciais deste estudo.

Figura 2: Tipo de entrada caso novo, recidiva, reingresso após abandono de agravos notificados no período de 2006 a 2016 no Rio Grande do Sul.



Fonte: Departamento de Informática do SUS - DATASUS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, 2006-2016.

Ao analisar a faixa etária de cura o maior percentual ocorreu na faixa etária de 14 anos 1.250 (89%), o abandono do tratamento para 3.768 (27%) foi na faixa etária de 25 a 34 anos e o maior incremento de óbito por tuberculose ocorreu na faixa etária de 65 anos ou mais 3.522 (13%). A cura foi maior no sexo feminino 14.773 (80%) e o abandono do tratamento e óbito por tuberculose foi no sexo masculino 7.930 (20%) e 1.756 (5%), respectivamente. A Tabela 1 aborda as características dos pacientes do Rio Grande do Sul notificados com tuberculose, quanto a cura, abandono e óbito por TB.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo as características demográficas, sociais e clínicas de encerramento: cura, abandono e óbito por tuberculose, no Rio Grande do Sul, 2006 a 2016.

Variável	Cura		Abandono		Óbito por TB		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (em anos)								
0 a 14	1.250	89	134	9	31	2	1.415	100
15 a 24	6.809	77	1.962	22	113	1	8.884	100
25 a 34	9.990	71	3.768	27	331	2	14.089	100
45 a 54	16.536	76	4.254	20	895	4	17.521	100
55 a 64	5.069	84	565	9	420	7	6.054	100
65 e mais	3.522	80	298	7	604	13	4.424	100

Sexo

Masculino	28.401	75	7930	20	1.756	5	38.087	100
Feminino	14.773	80	3.048	17	638	3	18.459	100
Raça								
Branca	30.790	73	6.443	67	1.500	68	38.733	100
Preta	6.575	16	2.660	22	371	17	9.606	100
Parda	3.521	8	1.252	11	227	10	5.000	100
Amarela	139	0	33	0	10	0	182	100
Indígena	141	0	43	0	8	0	192	100
Ignorada	1.064	3	230	1	80	4	1.374	100
Institucionalizado								
Presídio	3.001	74	978	24	74	2	4.053	100
Asilo	103	70	27	18	18	12	148	100
Orfanato	63	68	26	28	4	4	93	100
Hospital Psiquiátrico	68	73	22	24	3	3	93	100
Outro	494	63	239	30	51	7	784	100
População Privada de Liberdade								
Sim	1.098	76	333	23	22	2	1.453	100
Não	7.759	75	2.112	20	528	5	10.399	100
Beneficiário do Governo								
Sim	502	81	97	16	17	3	616	100
Não	6.891	74	2.015	22	462	5	9.368	100
Vírus da Imunodeficiência Humana								
Positivo	6.832	63	3.520	33	440	4	10.792	100
Negativo	26.055	83	4.459	14	1.051	3	31.565	100
Em andamento	1.968	82	352	15	73	3	2.393	100
Não realizado	7.207	71	2.302	23	629	6	10.138	100
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida								
Ignorado/Branco	7.891	83	1.303	14	312	3	9.506	100
Sim	6.018	63	3.191	33	396	4	9.605	100
Não	28.154	79	6.139	17	1.485	4	35.778	100
Tratamento Diretamente Observado								
Ignorado/Branco	4.619	77	1.047	17	350	6	6.016	100
Sim	8.073	75	2.314	21	394	4	10.881	100
Não	29.371	77	7.272	19	1.449	4	38.192	100
Forma								
Pulmonar	33.658	75	8.893	19	1704	6	44.255	100
Extrapulmonar	6.736	82	1.138	14	321	4	8.195	100
Pulmonar + Extrapulmonar	1.836	69	630	24	171	7	2.637	100

Fonte: Departamento de Informática do SUS - DATASUS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, 2006-2016.

Quanto a cor/raça tanto para cura, abandono e óbito por TB foi maior na raça/cor branca com 30.790 (73%), 6443 (67%) 1.500 (68%) simultaneamente. Em portadores de tuberculose institucionalizados em presídios a cura foi maior 3.001 (74%), abandono em orfanatos 26 (28%) e óbitos em asilos 18 (12%). Ao analisar a População Privada de Liberdade a cura é pouco maior para esta população 1.098 (76%), quando comparada com população em liberdade 7.759 (75%) e em contraponto, o abandono é maior em pessoas População Privada de Liberdade com 333 (23%).

Ao analisar os beneficiários do governo a cura ocorreu para 1.098 (76%), o abandono 97 (16%), óbitos 17 (93%) foram maiores quando comparados com a população não beneficiária do governo. A cura foi maior para usuário sem coinfeção 26.055 (83%), já o abandono e óbito por TB foi maior para os coinfectados 3.520 (33%) e 440 (4%) respectivamente. O teste HIV não foi realizado para 10.138 usuários com TB notificados no período. A cura foi maior para os pacientes com TB que não eram portadores de AIDS e o abandono para 3.191 (33%). Ao analisar o TDO a cura ocorreu 29.371 (77%) para os que não utilizaram o TDO, e abandono foi maior em usuário com TDO 2.314 (21%). A forma da TB pulmonar foi a mais notificada, mas a cura para 6.736 (82%) foi para com a forma extrapulmonar.

4. Discussão

Historicamente, a tuberculose é uma doença que afeta mais homens, em todas as faixas etárias. Segundo dados MS, 66,8% dos casos de tuberculose registrados em 2014 foram entre homens (Brasil, 2017). Oliveira Júnior, Mendes & Almeida (2015) relatam que as diferenças de gênero podem ser decorrentes da maior presença de homens no mercado de trabalho, menor utilização dos serviços de saúde, e maior prevalência de infecção pelo HIV, etilismo e uso abusivo de drogas, condições que os tornam mais vulneráveis à infecção e adoecimento pela tuberculose.

A maioria dos casos notificados foram de indivíduos brancos, seguidos da raça negra; tal fato pode estar relacionado ao aumento do número da população negra nos intervalos entre os anos 2000 e 2010 (Barros, Pinto, Silva, Silva & Figueiredo, 2014). Estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) evidenciou que a faixa etária menor ou igual a 52 anos foram os que mais prevaleceu o óbito (Yamamura, Santos Neto, Freitas, Rodrigues, Popolin, Uchoa, Fronteira & Arcêncio, 2015). A faixa etária acima de cinquenta anos foi observada como único fator de proteção ao abandono, ao passo que ter menos de oito anos de escolaridade e reingresso após

abandono foram considerados como fatores de risco. Reingresso após abandono, recidiva e falência indicaram fatores de risco (Viana, Redner & Ramos, 2018).

Quanto ao abandono ao tratamento evidencia-se que 3.768 (27%) que abandonaram o tratamento eram adultos jovens, corrobora estudo realizado por Portela (2015), que constatou que faixa etária de 20-39 anos foi a que mais abandonaram o tratamento. No estudo a idade de 10 a 14 anos é um fator protetor para a cura da tuberculose, podendo ser atribuída o cuidado dos familiares e baixa probabilidade de resistência ao tratamento. Ao contrário de investigação realizada por Rocha, Oliveira, Aguiar, Saraceni & Pinheiro (2015) que verificou a maior taxa de óbitos na faixa etária de 15 a 59 anos, para 74,4% dos notificados com TB que foram a óbito nesta faixa etária.

Prado Júnior, Virgílio & Medronho (2012) expõem em seu estudo que às chances de cura da tuberculose em pessoas do sexo feminino são de 1,40 a mais (IC 95% 1,21-1,62) quando comparadas com pessoas do sexo masculino ($p < 0,001$). A taxa mais baixa foi observada no estado do Acre (4,1%) e a mais elevada foi em Rondônia (8,0%), sendo o Rio Grande do Sul com 13,3% (Brasil, 2018).

No Brasil, o coeficiente de mortalidade por tuberculose apresentou redução de 39% entre 1990 e 2015. Entretanto, em 2015, foram registrados 4.543 óbitos pela doença, perfazendo um coeficiente de mortalidade de 2,2/100 mil habitantes. Salienta-se, ainda, que o total de óbitos por tuberculose representou 8,4% das mortes por doenças infecciosas e parasitárias (Brasil, 2017). Em estudo realizado no Centro de Referência em Pneumologia Sanitária do estado do Amazonas para verificar as diferenças no perfil clínico-epidemiológico entre casos novos de tuberculose e casos em retratamento após abandono concluiu-se que a escolaridade foi um fator positivo maior para os casos novos (Belchior, Arcêncio & Mainbourg, 2016).

Já investigação realizada no Centro de Saúde Escola do Marco (CSEM) e UBS da Pedreira (UBSP) - localizadas na cidade de Belém (PA), a taxa de abandono foi de 4,42% e 7,96%, respectivamente (Paz, Ohnishi, Barbagelata, Bastos, Oliveira & Parente, 2012) diferentemente do que foi encontrado no período analisado, entre 2006 a 2016, a taxa média de abandono do Rio Grande do Sul foi 16,0%, aumento expressivo comparado ao período de 1999 e 2008, cuja taxa era de 7,5%.

Estudos realizados no Maranhão e em município do Rio Grande do Sul encontraram taxa de cura superior 90,9% e 87,8%, respectivamente (Silva, Moura & Caldas, 2014, Lima, Harten, Tomberg, Vieira, Antunes & Cardozo-Gonzales, 2016). Em estudo realizado no Rio

de Janeiro foi possível encontrar melhor resultado de cura e abandono, considerando a forte expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) (Prado Junior, Virgílio & Medronho, 2012).

A adesão ao tratamento é citada como causa multifatorial envolvendo barreiras sociais, culturais e demográficas assim como aquelas relacionadas ao processo de produção de serviços de saúde. A situação social dos usuários, a falta de tempo disponível para a procura de assistência, o acesso aos serviços de saúde e a falta de informação acerca da enfermidade e do tratamento, além do relacionamento entre a equipe de saúde e os portadores são fatores importantes para a não adesão ao tratamento da tuberculose (Barreto et al, 2020).

O qual resulta em um dos desafios no controle da doença, desencadeando prejuízos da saúde individual e coletiva, impossibilitando a quebra da cadeia de transmissão e levando ao sucesso terapêutico. Dentre as possibilidades para a continuidade, destaca-se o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (TDO), cuja estratégia prática e efetiva na aderência ao tratamento da tuberculose, diminuindo a redução de taxas de abandono, evitando também o risco de contaminação na população.

Este consiste na tomada diária da medicação (de segunda a sexta-feira) sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os atores (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde) (Brasil, 2020). Os resultados da testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose apontaram para a existência de 10,4% de pessoas com a coinfeção TB-HIV no Brasil, em 2014. A região Sul apresentou maior percentual de coinfectados (12,8%). Nessa região, estão as capitais que se destacaram com maiores percentuais da coinfeção TB-HIV: Porto Alegre-RS (28,0%), Curitiba-PR (22,0%) e Florianópolis-SC (20,4%) (Brasil, 2017).

A testagem para HIV é uma recomendação do MS voltada para todos os pacientes com tuberculose, priorizando o teste rápido. Isso se deve ao fato de as pessoas com HIV serem mais propensas a desenvolver a tuberculose ativa em comparação à população geral; frequentemente, o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre durante o curso da tuberculose. No Brasil, em 2014, 62,7% dos casos novos de tuberculose foram submetidos à testagem para HIV. Para esse mesmo ano, a meta preconizada na Agenda Estratégica do MS era de 70,0%.

Destacam-se os estados do Paraná (82,0%), Santa Catarina (80,5%) e Acre (80,3%) e as capitais Vitória-ES (85,8%), Curitiba-PR (85,7%) e Porto Alegre-RS (82,6%) com os maiores percentuais de realização de testagem para HIV entre as pessoas com tuberculose (Oliveira, Braz, Costa, Queiroz, Araujo, Sousa & Reis, 2018). Estudo realizado no Piauí, a prevalência de coinfeção tuberculose e vírus da imunodeficiência 6,1% pacientes (n = 619), sendo que os fatores que favorecem o abandono dos usuários com TB/HIV estão associados

às reações adversas e interações medicamentosas, o que leva muitas vezes os coinfectados optarem pelo tratamento antirretroviral ao invés de associar também ao tratamento da TB (Oliveira et al., 2018).

Salienta-se que o número de notificações realizadas com informações em branco ou ignorada tanto para cura, tratamento e óbito são bastante expressivas, o que dificulta aos profissionais de saúde, gestores e pesquisadores o planejamento de ações e estratégias para implementação. Este estudo corrobora com investigação realizada por Oliveira et al., (2018) que se deparou que os resultados encontrados não refletem com exatidão a real magnitude dessa coinfeção, uma vez que mais da metade das fichas estavam preenchidas como “não realizado” ou “em andamento”.

O que implica na melhoria dos Sistemas de Informação (SIS), sendo necessário desenvolver uma cultura organizacional de valorização da informação. Assim como conhecer e avaliar a extensão e desempenho de cada SIS para seu uso e aperfeiçoamento contínuo, tornando-se um instrumento para detectar focos prioritários de atenção (Rasia, Rosa & Rediss, 2012; Martins & Adad, 2020).

5. Considerações Finais

Evidenciou-se que a tuberculose no Rio Grande do Sul continua sendo um grave problema de saúde pública e bastante desafiadora para gestores, profissionais e usuários. Os portadores de tuberculose notificados estão sendo curados, entretanto, são necessários investir em ações e estratégias que possibilitem, a todos a cura, pois o tratamento é disponível, de fácil acesso, o que contribui para a quebra da cadeia de transmissão. Todavia a tuberculose deve ser vista muito além de uma patologia e ter o olhar sobre os determinantes sociais em saúde e potencializar a conscientização do usuário sobre a importância da conclusão, adesão do tratamento para a cura.

As altas da taxa de abandono do tratamento no RS sugere sendo necessário que os profissionais de saúde conheçam os usuários de seu território, sua história familiar, contexto social da doença, vulnerabilidades e que o Tratamento Diretamente Observado seja implementado e utilizado em sua plenitude e seja permeado pelo diálogo entre profissionais e usuário, sendo momentos de conscientização de maneira significativa para a adesão ao tratamento e conseqüentemente cura.

É notório que na recidiva dos casos e reingresso pós-tratamento a prevalência é alta no Estado, o que pode ser inferido a falta de monitoramento dos casos de tuberculose

notificados pelos serviços e profissionais. É necessário abranger estratégias e ações de busca ativa aos faltosos, disponibilidade do cuidado na APS e não de serviços centralizados que geralmente nos centros das cidades, dificultando acesso aos portadores, (co) responsabilização entre todos os atores envolvidos, potencializando a promoção da saúde e prevenção da doença.

Para reverter o quadro da tuberculose no Estado é necessário que os gestores conjuntamente com os profissionais de saúde implementem de maneira dialógica e de significados o Plano Nacional de Combate à Tuberculose. Sendo imprescindível investir na Educação Permanente em Saúde a qual é uma ferramenta de potência, de transformação e mudanças da realidade possibilitando a reflexão das práticas cotidianas dos profissionais de saúde.

As limitações do referido podem estarem atreladas quanto a qualidade das informações dos dados. A partir desses achados sugere-se investir em novos estudos que instiguem e envolva a participação da sociedade civil a aderir as estratégias de enfrentamento, bem como dos profissionais para a melhoria dos sistemas informatizados de registro.

Referências

Barreto, M. T. S., Santos, G. M., Monteiro, M. J. D. S. D., Jesus, R. L. R., Barbosa, G. S., & Oliveira, V. A. (2020). Epidemiology of tuberculosis in a northeast brazilian state. *Research, Society and Development*, 9(7), 52973643. doi: 10.33448/rsd-v9i7.3643.

Barros, P. G., Pinto, M. L., Silva, T. C., Silva, E. L. & Figueiredo, T. R. (2014). Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do Estado da Paraíba, 2001–2010. *Caderno de Saúde Coletiva*, 22(4),343-350.

Belchior, A. S., Arcêncio, R. A., & Mainbourg, E. M. T. (2016). Diferenças no perfil clínico-epidemiológico entre casos novos de tuberculose e casos em retratamento após abandono. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4),622-627.

Brasil. (2017). Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2020). Tuberculose: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Recuperado de <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose>

Hulley, S., Cummings, S., & Browner, Warren. (2008). Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. (3a ed.), Porto Alegre: Artmed, 2008.

Lima, L. M., Harten, J., Tomberg, J. O., Vieira, D. A., Antunes, M. L., & Cardozo-Gonzales, R. I. (2016). Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), e51467, 1-7.

Maciel, M. S., Mendes, P. D., Gomes, A. P., & Batista R. S. (2012). A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 10(3),226-630.

Oliveira, L., Braz., Costa, C. R. B., Queiroz, A. A., Araujo, T. M. E., Sousa, K. A. A., & Reis, R. K. (2018). Análise epidemiológica da coinfeção tuberculose/HIV. *Cogitare Enfermagem*, 23(1), 510-516.

Oliveira Júnior, H. S., Mendes, D. H. C., & Almeida, R. B. (2015). Prevalência de casos de tuberculose durante anos de 2002 a 2012, no município de Palmas-Paraná, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 8(1),43-57.

Paz, L. N. F., Ohnishi, M. D. O., Barbagelata, C. M., Bastos, F. A., Oliveira, J. A. F., & Parente, I. C. (2012). Efetividade do tratamento da tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 38(4), 503-10.

Portela, N. L. C. (2015). Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa da literatura. *Revista UNIVAP*, 21(38), 15-25.

Prado Junior, J. C., Virgilio, T. C., & Medronho, R. A. (2016). Comparação da proporção de cura por tuberculose segundo cobertura e tempo de implantação de Saúde da Família e fatores socioeconômicos e demográficos no município do Rio de Janeiro, Brasil, em 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1491-1498.

Rasia, I. C. R., Rosa, A. C., & Rediss, A. N. (2012). A utilização dos sistemas de informação em uma instituição de saúde de Pelotas/RS. *Revista Saúde.Com*, 8(2), 32-42.

Martins, A. D., & Adad, M. R. (2020). Análise epidemiológica de casos de tuberculose nas regiões de saúde do estado do Piauí. *Research, Society and Development*, (2). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i2.206>.

Rocha, M. S., Oliveira, G. P., Aguiar, F. P., Saraceni, V. & Pinheiro, R. S. (2015). Do que morrem os pacientes com tuberculose: causas múltiplas de morte de uma coorte de casos notificados e uma proposta de investigação de causas presumíveis. *Caderno de Saúde Pública*, 31(4), 709-721.

Silva, P. F., Moura, G. S. & Caldas, A. J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(8), 1745-1754.

Viana, P. V. S., Redner, P., & Ramos, J. P. (2018). Fatores associados ao abandono e ao óbito de casos de Tuberculose Drogarresistente (TBDR) atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), e00048217. 1-11.

Yamamura, M., Santos Neto, M., Freitas, I. M., Rodrigues, L. B. B., Popolin, M. P., Uchoa, S. A. C., Fronteira, I., & Arcêncio, R. A. (2014). Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 270-277.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Ana Paula Lopes de Deus – 75%

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa – 75%

Elisa Rucks Megier – 50%

Herton Gilvan Caminha Goerch – 50%

Helena Carolina Noal – 50%