

**ENTRE O DIAGNÓSTICO E O ABANDONO: DESENVOLVIMENTO DE
UMA FERRAMENTA PARA CLASSIFICAÇÃO E MONITORAMENTO
DO RISCO DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**
***BETWEEN DIAGNOSIS AND ABANDONMENT: DEVELOPMENT OF A
TOOL FOR THE CLASSIFICATION AND MONITORING OF THE RISK OF
ABANDONMENT OF TUBERCULOSIS TREATMENT***

Maria Laiza de Souza¹, Verena Emmanuelle Soares Ferreira ², Ana Claudia Costa de Sampaio³, Vanessa Silva Farias, Anderlane Sara de Sousa Paiva¹, Ingrydh Maria Gomes Damasceno⁴, Marília Rodrigues da Silva³, Marcos Gustavo Braz de Araújo⁵

¹Prefeitura Municipal de Sobral, Sobral, Ceará, Brasil.

²PluralMed, Sobral, Ceará, Brasil.

³Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, Sobral, Ceará, Brasil.

⁴Universidade Federal do Ceará, Sobral, Ceará, Brasil.

⁵Escola de Saúde Pública do Ceará, Sobral, Ceará, Brasil.

RESUMO

A tuberculose permanece como um importante problema de saúde pública, especialmente devido aos elevados índices de abandono do tratamento, que impactam negativamente no controle da doença e nos desfechos clínicos dos pacientes. O estudo teve como objetivo desenvolver uma ferramenta de classificação e monitoramento do risco de abandono do tratamento da tuberculose, a partir da análise das percepções dos participantes. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, de abordagem qualitativa, realizada no município de Sobral, Ceará, entre novembro de 2025 e janeiro de 2026. Participaram da pesquisa profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância Epidemiológica. A coleta de dados ocorreu por meio de formulários de caracterização e entrevistas semiestruturadas, cujos dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Os resultados evidenciaram fatores de risco associados ao abandono do tratamento, como baixa escolaridade, uso de substâncias psicoativas, situação de vulnerabilidade social, efeitos adversos aos medicamentos, estigma e fragilidades no acolhimento e no vínculo com os serviços de saúde, além de estratégias já utilizadas para o acompanhamento dos pacientes. A partir desses achados, desenvolveu-se uma ferramenta para subsidiar a estratificação de risco e o monitoramento sistemático dos pacientes, contribuindo para o fortalecimento do cuidado integral e para a redução do abandono do tratamento da tuberculose.

Descritores: Tuberculose; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

Tuberculosis remains an important public health problem, especially due to the high rates of treatment abandonment, which negatively impact disease control and patients' clinical outcomes. This study aimed to develop a tool for classifying and monitoring the risk of tuberculosis treatment abandonment based on the analysis of participants' perceptions. This is an intervention research with a qualitative approach, conducted in the municipality of Sobral, Ceará, Brazil, between November 2025 and January 2026. The study included physicians and nurses from Primary Health Care and Epidemiological Surveillance. Data collection was carried out through characterization forms and semi-structured interviews, whose data were analyzed according to the Content Analysis proposed by Bardin. The results revealed risk factors associated with treatment abandonment, such as low educational level, use of psychoactive substances, situations of social vulnerability, adverse drug reactions, stigma, and weaknesses in welcoming practices and in the bond with health services, in addition to strategies already used for patient follow-up. Based on these findings, a tool was developed to support risk stratification and the systematic monitoring of patients, contributing to the strengthening of comprehensive care and to the reduction of tuberculosis treatment abandonment

Descriptors: Tuberculosis; Cooperation and Treatment Adherence; Primary Health Care; Public Health Surveillance.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, causada pelo M. Tuberculosis também conhecida como bacilo de Koch^{1,2}. A transmissão ocorre por via aérea, através da inalação de aerossóis produzidos pela tosse, espirro e fala de uma pessoa acometida pela forma pulmonar ou laríngea da doença³. Embora a forma pulmonar seja a mais comum, a TB também pode ser classificada como extrapulmonar e acometer outros órgãos como: coração, rins, cérebro, dentre outros, ocasionando manifestações clínicas distintas⁴.

Apesar dos avanços relacionados ao diagnóstico e tratamento, a TB ainda se configura como um problema de saúde pública global e persiste como um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). É pertinente destacar que o Brasil é o único país da América do Sul que se encontra em duas listas da OMS, a que aponta as nações com as maiores taxas de TB e a de coinfeção TB-HIV^{5,6}.

No contexto nacional, em 2024, foram diagnosticados 84.308 casos novos (39,7 casos para cada 100 mil habitantes) no país, apresentando um aumento considerável de 21% no número de casos novos no período pós-pandemia de covid-19 que compreende aos anos de 2020 a 2024⁶.

A falta de adesão e abandono do tratamento são problemas que demandam da equipe de saúde um trabalho direcionado. As taxas de abandono no país vêm apresentando um aumento crescente desde o ano de 2016, chegando a 15,3% de interrupção de tratamento no ano de 2023⁷. No Ceará, essa taxa tem variado nos últimos anos mantendo-se elevada ao longo do período de 2014 a 2023, com destaque para 13,9% (459 casos) em 2020 e 13,5% (550 casos) em 2023⁸.

Os dados referentes aos desfechos na cidade de Sobral demonstram que a taxa de abandono tem apresentado uma variação entre os anos de 2020 e 2024, com um percentual de 7,4% em 2020 e 14,4% em 2024, evidenciando uma tendência de aumento no percentual de abandono⁹. Esse cenário evidencia fragilidades no processo de trabalho das equipes quanto à identificação precoce de pacientes com maior vulnerabilidade ao abandono^{2,10}.

Vale salientar que o abandono do tratamento da TB está associado ao aumento dos casos, ao surgimento de resistência aos fármacos utilizados e aos desfechos clínicos desfavoráveis, exigindo dos serviços de saúde um acompanhamento eficiente desses pacientes. Nesse contexto, a ausência de ferramentas sistematizadas de monitoramento pode contribuir para que esse acompanhamento ocorra de forma reativa, e não preventiva, dificultando a identificação precoce de indivíduos com maior risco de abandono^{2,10}.

A partir de diagnóstico situacional construído com profissionais da Atenção Primária e Vigilância Epidemiológica, identificou-se a ausência de instrumento sistematizado para estratificação de risco de abandono, o que motivou a construção coletiva de uma ferramenta interventiva de classificação e monitoramento do risco de abandono do tratamento da tuberculose, visando subsidiar a identificação precoce de fatores de risco e qualificar o acompanhamento dos pacientes no município de Sobral, Ceará.

Portanto, a presente pesquisa teve como intuito responder ao seguinte problema de pesquisa: Como a construção e implementação participativa de uma ferramenta de classificação de risco pode transformar o processo de monitoramento do abandono do tratamento da TB?

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo pesquisa-intervenção com uma abordagem qualitativa, que ocorreu entre novembro de 2025 e janeiro de 2026. A pesquisa-intervenção insere-se no campo das pesquisas participativas e configura-se como um dispositivo de transformação social, voltado à investigação da vida coletiva em sua diversidade qualitativa, assumindo um caráter de intervenção socioanalítica ^{11,12}.

Como critérios de inclusão utilizamos os seguintes aspectos: médicos e/ou enfermeiros que acompanham pacientes com diagnóstico de tuberculose vinculados aos Centros de Saúde da Família de Sobral (CSF), e profissionais que realizam o monitoramento desses casos na Vigilância Epidemiológica. Como critério de exclusão, profissionais que não aceitarem participar de todas as etapas da pesquisa, em licença maternidade, afastamento ou férias durante o período da coleta de dados. Os participantes foram selecionados por serem atores estratégicos no processo de monitoramento do tratamento da TB, constituindo sujeitos centrais na construção e implementação da ferramenta interventiva.

A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional, e a abordagem foi realizada de acordo com a disponibilidade dos profissionais, de modo a não interferir na rotina dos serviços. Inicialmente, foram convidados 13 profissionais (3 médicos e 10 enfermeiros) vinculados ao sistema de saúde do município; contudo, um deles optou por não responder à entrevista e não deu continuidade à participação na pesquisa, resultando em um total de 12 participantes. O número de participantes foi considerado suficiente a partir do critério de saturação teórica, quando as entrevistas passaram a apresentar recorrência de informações e ausência de novos elementos relevantes para a análise. No momento da abordagem, os profissionais eram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos, riscos e benefícios do estudo e, após o aceite, era apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Inicialmente, realizou-se o diagnóstico situacional, em sequência a entrevista, análise dos dados e construção da ferramenta. Para a coleta de dados, utilizou-se: formulário de caracterização dos participantes no qual foi informado idade, categoria profissional, tempo de atuação, setor de atuação, capacitações sobre o assunto; e entrevista semiestruturada com as seguintes perguntas: Quais estratégias você utiliza

para monitorar os pacientes que realizam tratamento de tuberculose? Baseado na sua vivência quais os fatores de risco para o abandono do tratamento da tuberculose? Para você quais estratégias ajudariam a prevenir o abandono do tratamento da tuberculose?

Posteriormente, para a análise dos dados, foi utilizado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, o tratamento dos resultados e interpretação¹³.

Em observância aos aspectos éticos previstos na Lei nº 14.874, de 2024, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, bem como aos princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa atendeu aos fundamentos éticos e científicos exigidos para estudos envolvendo seres humanos, assegurando os direitos e deveres dos participantes e respeitando os princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade^{14,15}.

A presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com o número 87618925.4.0000.5053, e para garantir e preservar a identidade dos participantes, utilizou nomes fictícios, atribuindo nome de galáxias a cada profissional.

RESULTADOS

A análise temática possibilitou a identificação de três categorias distintas, sendo elas: Caracterização dos participantes, monitoramento e acompanhamento, fatores de risco para o abandono do tratamento, que serão detalhados nas próximas seções.

Quadro 1- Descrição da análise temática

Eixos temáticos	Subcategoria	Descrição
Caracterização dos participantes	Sexo, categoria profissional, nível de escolaridade, setor de atuação, tempo de atuação, realizou capacitação/ treinamento.	Descreve os principais achados referentes às subcategorias descritas.
Monitoramento e acompanhamento	Realização de tratamento diretamente observado (TDO) com período de realização ajustado para cada caso, busca ativa, visita domiciliar, consultas enfermagem e	Reúne as estratégias que já são utilizadas pelos profissionais de saúde no âmbito da atenção primária e vigilância em saúde.

	médicas.	
Fatores de risco para o abandono do tratamento	Situação de rua, pessoa com histórico de privação de liberdade, uso de substâncias, baixa escolaridade, falta de informação, efeitos adversos/colaterais, estigma/preconceito, falta de acolhimento nas unidades de saúde, ausência de suporte e rede de apoio.	Os profissionais colocam uma série de fatores como determinantes para o abandono do tratamento, passando por fatores individuais/ clínicos, socioeconômicos, comportamentais, psicossociais, culturais, e relacionados ao tratamento.

Fonte: Elaborado pelos autores

Caracterização dos participantes

O formulário de caracterização foi aplicado para todos os participantes da pesquisa. Para a seleção dos participantes, utilizou-se uma amostragem intencional, selecionando os profissionais das unidades que tiveram o maior número de pacientes que abandonaram o tratamento nos anos de 2023 e 2024, estavam disponíveis e aceitaram participar da pesquisa.

As variáveis avaliadas foram: idades, sexo, categoria profissional, nível de escolaridade, setor de atuação, tempo de atuação, realização de treinamento/capacitação sobre tuberculose. A tabela 1, expressa os dados obtidos a partir do formulário, onde observamos uma predominância da participação de profissionais do sexo feminino (83%), com idade média de 38 anos e alto nível de qualificação acadêmica, sendo 75% pós-graduados, além de 83% corresponder a enfermeiros e 17% a médicos.

Observou-se que o tempo de experiência profissional é diversificado, 17% há menos de 1 ano, 33% atuando entre 1 a 5 anos, 25% entre 6 a 10 anos, 25% há mais de 10 anos. Quanto ao setor de atuação, 92% atuam na atenção primária. A realização de capacitação foi reportada pela maioria dos participantes (83%), indicando acesso à educação permanente, cursos e capacitações.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes da pesquisa. Sobral, CE, Brasil. (N=12)

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	10	83%
	Masculino	2	17%
Categoria profissional	Enfermeiro	10	83%
	Médico	2	17%
Nível de escolaridade	Graduação	3	25%
	Pós-graduação	9	75%
Setor de atuação	Atenção primária	11	92%
	Vigilância em Saúde	1	8%
Realizou treinamentos ou capacitação	Sim	10	83%
	Não	2	17%
Tempo de atuação	< 1 ano	2	17%
	1 a 5 anos	4	33%
	6 a 10 anos	3	25%
	> 10 anos	3	25%

Fonte: Primária

Monitoramento e acompanhamento

Nessa categoria, foi possível identificar as estratégias utilizadas pelos participantes para monitorar os pacientes que estão realizando o tratamento de tuberculose. Dentre as respostas, identificamos as seguintes estratégias operacionais: realização de tratamento diretamente observado (TDO) com período de realização ajustado para cada caso, busca ativa, visita domiciliar, consultas enfermagem e médicas, como demonstrado pelas falas abaixo:

“[...] a gente procura ter um contato até mais próximo. Ele tem que fazer a medicação TDO, ele vem aqui a unidade, e assim, a medicação é entregue só para uma semana, por exemplo, não deixa um tempo maior para não ter um risco de desistência, de abandono do paciente.” (Ara)

“Semanalmente, eu faço a dosagem supervisionada.” (Dragão)

“[...] na medida que o paciente já falta ou alguma coisa, a gente já tenta fazer essa busca ativa” (Orion)

“A gente faz acompanhamento mensal e caso eles não venham ou falte alguma consulta ou alguma realização do exame

solicitado, a gente pede a busca ativa do agente de saúde para realizar as visitas domiciliares.” (Camaleão)

“O acompanhamento mensal a gente faz, vê se realmente o paciente está tomando as medicações.” (Fenix)

“Acho que o principal, tanto as consultas regulares, médico, enfermeiro [...]” (Lira)

“Enfim, o que a gente pode usar pra monitorar o paciente com tuberculose, eu acredito que sejam as consultas de rotina. (Perseu)

“Visita domiciliar, né, da ACS mensal. A gente já procura agendar a próxima consulta dele, já anotar. Eu, pelo menos, anoto na receita. Qual é o dia que ele precisa vir. Não veio, a gente faz a busca ativa.” (Cisne)

Dessa forma, observa-se que o acompanhamento tende a ocorrer de maneira homogênea, mesmo diante de situações de vulnerabilidade distintas entre os pacientes, o que evidencia uma lacuna na organização do cuidado e reforça a necessidade de ferramentas que auxiliem na estratificação de risco e no planejamento de intervenções mais direcionadas. O acompanhamento com a baciloscopia e avaliação de sintomas e efeitos adversos, também foi evidenciado nos relatos dos participantes.

“ [...] e também o acompanhamento com as baciloscopias, que é mensal [...]” (Orion)

“[...] Geralmente a gente precisa ver o paciente, pelo menos mensalmente, fazer uma avaliação, progressão de sintomas, como é que tá respondendo ao tratamento, verificar se ele tá tendo alguns sintomas relacionados ao esquema, que por vezes costuma dar alguns sintomas colaterais [...]” (Perseu)

Um dos profissionais descreve que faz o uso de ferramentas como planilhas e boletins de acompanhamento.

“[...] Aqui, a partir do momento que a gente coloca no sistema a notificação, no outro mês, é gerado um boletim de acompanhamento, que aí a gente envia para as unidades que

têm casos de tuberculose [...] e qualquer coisa também que eu tiver em dúvida, naquele boletim de acompanhamento, [...] Eu gero, pego as notificações do período que eu quero analisar, faço a tabulação do Tabwim, depois transformo em Excel e aí eu faço a análise.” (Lupus)

Fatores de risco associados ao abandono do tratamento

No que se refere aos fatores individuais e clínicos associados ao abandono do tratamento de tuberculose, os relatos evidenciam que os efeitos adversos aos medicamentos, duração do tratamento, e a ausência da percepção imediata de melhora clínica, influenciam de forma negativa a adesão ao tratamento.

“O mal-estar no começo do tratamento, que são cinco antibióticos, ou quatro antibióticos, em jejum, alguns relatam muito sono, que é o caso desse atual, ele disse que é sono demais. Muitos ainda no primeiro mês, e até mesmo no segundo, não mencionam que tenha ganho de peso.” (Delfim)

“[...]às vezes, por eles não ganharem peso, por eles terem náuseas[...]” (Delfim)

“Mas eu acho que a maior parte dos pacientes que tem esse abandono é devido a grande quantidade de medicação e o tratamento muito prolongado.” (Pégaso)

“Eu acho que é o que sente, as reações medicamentosas. Eu acho que é o que eles têm mais queixas” (Camaleão)

O medo do desconhecido, o estigma e preconceito que ainda circundam a doença, é comum e afeta a forma como os pacientes lidam com o diagnóstico e consequentemente acaba refletindo no abandono do tratamento como é relatado a seguir por Touro e Perseu:

“Então, o medo deles é assim, de todo mundo ficar sabendo[...]”
(Touro)

“O preconceito, o medo deles. Tem muita gente que tem preconceito, até eles próprios mesmo, que às vezes eles não

aceitam. Pede sigilo, comparece pra renovar a receita e pede sigilo pra não falar o motivo.” (Touro)

“Então, por um certo preconceito e acho que principalmente nas pessoas mais idosas a gente ainda consegue enxergar um pouquinho desse preconceito[...]” (Perseu)

Associado aos fatores descritos anteriormente, os participantes elencaram que a baixa escolaridade e a desinformação sobre o assunto, reforçam ideias e compreensões equivocadas sobre a doença.

“O desconhecido. A falta de conhecimento da doença.” (Lira)

“Então são pacientes que eles são um pouco... são difíceis de entender o tratamento, eles não compreendem a demora do tratamento, porque muitas vezes eles têm na cabeça que é uma infecção e que às vezes muita gente toma uma medicação por pouco tempo, 7, 10 dias um antibiótico, e fica bom e eles não entendem por que o deles tem que ser 6 meses.” (Pégaso)

“A escolaridade, isso influencia bastante.” (Lupus)

“Eu acho que o que impacta é mesmo a questão da escolaridade, essas coisas nesse sentido. Tipo, na falta do conhecimento que a gente tenta repassar, mas ele mesmo não aceitar.” (Orion)

A análise dos discursos evidencia que o abandono do tratamento está associado a contextos de vulnerabilidade social como pacientes em situação de rua, pessoa com histórico de privação de liberdade, assim como comportamentos de risco como o uso de substâncias.

“Os mais vulneráveis, que é justamente o morador de rua, usuário de droga. Eu percebo que os que mais abandonam são esses [...]” (Lupus)

“[...] mas geralmente estava relacionado a isso, a questão do abuso de álcool, outras drogas, também a questão de vulnerabilidade no sentido de ser morador de rua” (Orion)

Para além dos fatores individuais e sociais, os relatos revelam que aspectos relacionados à forma como o cuidado é ofertado nos serviços de saúde, como o

acolhimento e vínculo com a equipe, além da existência de rede de apoio e suporte familiar influenciam diretamente a adesão ao tratamento da tuberculose.

“Eu já vi paciente abandonando e ficando mais resistente. E a gente, assim, poxa, isso não pode acontecer. Mas eu já vi relacionado ao acolhimento.” (Dragão)

“A falta de apoio familiar, falta de estrutura familiar para apoiar o tratamento. Porque muitos deles vivem sozinhos, eles são responsáveis pela própria saúde[...]” (Cisne)

“Mas as que mais apresentam, são realmente essas pessoas de vulnerabilidade, quem não tem suporte familiar também.” (Lupus)

Observou-se ainda que os profissionais participantes não identificaram estratégias diferenciadas para o acompanhamento de pacientes com maior risco de abandono, mencionando predominantemente ações já empregadas no monitoramento rotineiro dos demais usuários em tratamento. Esse achado evidencia fragilidades na capacidade das equipes de organizar um seguimento específico para situações de maior vulnerabilidade, revelando limites na sistematização do cuidado e na incorporação de abordagens mais específicas para cada caso. Isso sugere a necessidade de qualificação dos processos de trabalho, de modo a incentivar a incorporação de ações de acordo com o risco identificado.

Ferramenta de monitoramento e classificação de risco

A ferramenta proposta consiste em um instrumento técnico-operacional de classificação de risco, destinado a apoiar profissionais da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância em Saúde no monitoramento sistemático de pacientes em tratamento para tuberculose, com foco na identificação precoce de fatores associados ao risco de abandono.

Ou seja, após o diagnóstico e notificação do paciente, é o momento ideal para o profissional de saúde aplicar o instrumento. Em seguida o cálculo da pontuação definiria o nível de risco de abandono do tratamento que esse paciente possui. A partir daí seria

possível traçar as estratégias de acompanhamento conforme o nível identificado, sendo reaplicado nas consultas periódicas.

A construção do instrumento fundamentou-se nos achados empíricos oriundos da análise das entrevistas; na literatura científica sobre adesão e abandono do tratamento da tuberculose; nas diretrizes do Ministério da Saúde para o controle da tuberculose no âmbito do SUS.

Seu uso é indicado desde o início do tratamento, com reavaliações periódicas, especialmente nos momentos críticos do seguimento terapêutico. O instrumento é organizado em 6 dimensões, cada dimensão é composta por indicadores como demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 2 – Dimensões, critérios e indicadores para classificação do risco de abandono do tratamento da tuberculose

Dimensão avaliada	Critérios	Indicadores de risco
Aspectos sociodemográficos	Condições de vida e suporte social	Situação de rua; histórico de privação de liberdade; ausência de rede de apoio; instabilidade laboral
Aspectos educacionais e acesso a informações	Compreensão sobre a doença e tratamento	Baixa escolaridade; dificuldade de compreensão do tempo e importância do tratamento; desinformação
Aspectos clínicos	Condições relacionadas à doença e à terapêutica	Efeitos adversos intensos; polifarmácia; comorbidades; ausência de melhora clínica percebida; Coinfecção TB-HIV
Aspectos comportamentais	Hábitos e comportamentos associados ao cuidado	Uso de álcool e outras drogas; faltas recorrentes às consultas; Histórico de abandono de tratamento para TB
Aspectos psicossociais	Estigma e aceitação do diagnóstico	Medo do preconceito; negação da doença; sofrimento emocional
Aspectos relacionados ao cuidado	Relação com o serviço de saúde	Fragilidade no acolhimento; vínculo insuficiente com a equipe; dificuldade de acesso aos serviços

Fonte: Elaborado pelos autores

Cada indicador recebe classificação dicotômica: 0 – Ausência do fator de risco; 1 – Presença do fator de risco. A soma dos pontos permite classificar o paciente em três níveis de risco:

Quadro 3 - Sistema de pontuação para classificação de risco e definição de conduta.

Pontuação	Classificação de risco	Conduta recomendada
0–2	Baixo risco	Seguimento de rotina
3–5	Risco moderado	Monitoramento ampliado
≥ 6	Alto risco	Intervenção intensiva e intersetorial

Fonte: Elaborado pelos autores

As condutas recomendadas são essenciais e auxiliam no delineamento adequado do plano de cuidados do paciente. No seguimento de rotina, o profissional seguirá as orientações propostas pelo Ministério da Saúde no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, realizando no mínimo mensalmente avaliações clínicas, baciloscopias de controle. O monitoramento ampliado refere-se à intensificação de visitas domiciliares, tratamento diretamente observado (TDO) associado às condutas do seguimento de rotina. Já a intervenção intensiva e intersetorial alia as condutas citadas anteriormente ao acompanhamento interprofissional e articulação com assistência social e outros dispositivos da rede de saúde.

DISCUSSÃO

O abandono do tratamento gera inúmeras consequências, tanto para o paciente quanto para a comunidade, mantendo a cadeia de transmissão, sustentando índices elevados da taxa de incidência, diminuindo a probabilidade de cura, aumentando o risco de *Mycobacterium tuberculosis* resistente aos fármacos utilizados no tratamento e a elevação do índice de mortalidade^{2,16}.

Nessa perspectiva, os achados deste estudo reforçam que o abandono do tratamento da tuberculose é um fenômeno complexo, que envolve dimensões sociais, biológicas, econômicas, culturais e psicossociais¹⁷. Tal compreensão é amplamente sustentada na literatura, que reconhece que o abandono é causado pela interação de múltiplos determinantes, como evidenciado em um estudo realizado por Filho et al.¹⁸ que concluiu que as principais causas estavam relacionadas a reingresso após abandono, pessoa em situação de rua, caso novo, usuários de drogas ilícitas, adultos jovens, etilistas, tabagistas, cor não branca, HIV positivo e baixo grau de instrução.

Corroborando essa perspectiva, os resultados deste estudo evidenciaram que os profissionais reconhecem a existência de múltiplos determinantes associados ao abandono do tratamento; entretanto, não dispõem de instrumentos sistematizados que auxiliem na estratificação do risco entre os pacientes acompanhados

Silva et al.¹⁹ reforça que a falta de conhecimento, falta de acesso, condições financeiras precárias, acessibilidade, ausência e alta rotatividade dos profissionais,

ausência de incentivos e comportamentos estigmatizantes, como principais fatores que dificultam a assistência e favorecem o abandono do tratamento.

Os efeitos adversos aos medicamentos, a polifarmácia, a longa duração do tratamento, e a ausência de ganho de peso imediato foram citados como barreiras para a adesão adequada do tratamento. Resultados semelhantes foram observados por outros autores, que também identificaram esses fatores, reforçando que quase todas as pessoas que realizaram o tratamento para tuberculose sofreram algum efeito colateral, seja epigastria, náusea, vômito, dor generalizada, parecendo ser mais fortes que os sintomas da doença, levando assim ao abandono do tratamento^{20,21}.

Aspectos relacionados à baixa escolaridade e à desinformação, contribuem para interpretações equivocadas sobre a doença e dificultam a compreensão de aspectos fundamentais relacionados ao tratamento, uma vez que o baixo grau de instrução pode aumentar a vulnerabilidade à tuberculose e comprometer a adesão terapêutica¹⁸. Essa relação é marcante na literatura, e pode ser observada em um estudo transversal realizado em Rondonópolis, Mato Grosso, que demonstrou que 48% dos pacientes que abandonaram possuíam ensino fundamental incompleto e/ou completo²². Ainda nessa perspectiva uma pesquisa realizada em Alagoas reforça que dentre os participantes do estudo, 34,1% casos também possuíam menos de 9 anos de estudo e 14,1% eram analfabetos, porém, o autor reflete o impacto da falta de informações nas fichas de notificação nesses números, já que 46,2% dos formulários avaliados constaram com esse campo marcado como ignorado²³.

Vale destacar que o nível de instrução é um importante determinante social, estando relacionado a situação econômica vulnerável, acesso limitado aos serviços de saúde e aglomeração dentro da própria residência, tendo em vista que diversas pessoas compartilham do mesmo espaço^{22,24,25}.

Nesse contexto, observa-se que a descontinuidade do tratamento se intensifica em pessoas que estão em situação de vulnerabilidade social extrema, como entre pessoas em situação de rua, indivíduos com histórico de privação de liberdade, aqueles que fazem uso de substâncias, tendo em vista as barreiras de acesso ao serviço de saúde, condições precárias de alimentação e ausência de rede de apoio²³.

No contexto local, marcado por desigualdades sociais, a ausência de instrumentos estruturados pode ampliar o risco de acompanhamento reativo, e não preventivo. Além disso, os relatos evidenciam que aspectos relacionados à organização do cuidado nos serviços de saúde exercem influência significativa sobre a adesão do tratamento. A literatura aponta que o acolhimento, a construção de vínculo e a relação estabelecida entre profissionais e usuários são elementos essenciais para a continuidade do tratamento. A fragilidade nessas relações pode contribuir para o distanciamento do paciente do serviço de saúde²⁰.

Ademais, a presença de rede de apoio e suporte familiar tem sido amplamente reconhecida como um fator protetor, uma vez que favorece o apoio ao uso das medicações de forma correta. Nesse sentido, quando há ausência desse suporte, amplia a vulnerabilidade dos indivíduos, dificultando o enfrentamento da doença²⁰.

Nessa perspectiva, ao considerar o papel dos profissionais de saúde frente à adesão ao tratamento, os achados deste estudo evidenciam que os profissionais utilizam diferentes estratégias para o monitoramento dos pacientes com tuberculose, com destaque para o Tratamento Diretamente Observado (TDO), a busca ativa, as visitas domiciliares e o acompanhamento regular por meio de consultas. Tais estratégias já são reconhecidas como fundamentais para reduzir o abandono^{26,2}.

Embora alguns profissionais afirmem realizar o TDO, a prática descrita revela uma compreensão limitada sobre essa estratégia. Nos relatos, observa-se que o TDO é, por vezes, associado apenas à entrega fracionada da medicação ou à supervisão da tomada em periodicidade semanal, o que não corresponde plenamente ao que é preconizado. O TDO pressupõe a observação direta da ingestão dos medicamentos diariamente, ou em casos excepcionais com frequência mínima de três vezes por semana durante todo o tratamento, além de envolver acompanhamento sistemático e fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente. Dessa forma, as práticas mencionadas indicam que, apesar da intenção de monitorar o tratamento e prevenir o abandono, existem lacunas na compreensão e na operacionalização do TDO, o que pode comprometer a efetividade dessa estratégia no cuidado às pessoas com tuberculose².

É importante destacar que outras práticas também são estratégias que devem ser adotadas pela equipe de saúde durante o acompanhamento do paciente, como, por

exemplo, baciloscopias de controle, avaliação clínica periódica para o monitoramento de sintomas e efeitos adversos aos medicamentos, mas também reforçar orientações e identificar outros fatores que possam comprometer o esquema terapêutico^{26,2}.

Diante desse cenário, foi possível identificar uma lacuna entre o reconhecimento dos profissionais sobre os fatores de risco e a existência de instrumentos que permitam sistematizar essas informações de forma objetiva e prática. Dessa forma, a proposta de uma ferramenta de monitoramento e classificação de risco de abandono mostra-se pertinente e alinhada às necessidades dos serviços de saúde, podendo contribuir para a qualificação do cuidado, a otimização de recursos e a redução de desfechos desfavoráveis.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a realização da pesquisa em um número reduzido de Centros de Saúde da Família, bem como o quantitativo limitado de participantes, fatores que podem restringir a diversidade das experiências contempladas. A adesão dos profissionais à pesquisa constituiu um desafio, principalmente em razão da elevada demanda assistencial e gerencial dos serviços de saúde, o que dificultou a disponibilidade de tempo para participação nas entrevistas e, conseqüentemente, a inclusão de um maior número de participantes. Contudo, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a utilização do critério de saturação teórica assegurou a suficiência e a consistência dos dados produzidos, permitindo alcançar os objetivos propostos.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo indicam que o abandono do tratamento da tuberculose está relacionado a um conjunto de fatores que envolvem dimensões individuais, sociais, clínicas e organizacionais do cuidado, reafirmando a complexidade do enfrentamento desse problema no contexto da saúde pública. A pesquisa atingiu o objetivo proposto, possibilitando a construção de uma ferramenta capaz de sistematizar a identificação de situações de maior vulnerabilidade ao abandono, a partir da experiência e do olhar dos profissionais que atuam diretamente na atenção primária à saúde e na vigilância epidemiológica, aliado aos estudos publicados em bases científicas.

A ferramenta apresentada demonstra potencial de utilização no Sistema Único de Saúde, ao oferecer apoio técnico para subsidiar a tomada de decisão, a organização do processo de trabalho das equipes, e fortalecer a articulação entre a APS e outros dispositivos da rede de saúde. Sua utilização pode favorecer o acompanhamento mais qualificado dos usuários, possibilitando intervenções adequadas em tempo oportuno, possibilitando a redução do abandono do tratamento e a melhoria dos desfechos da tuberculose.

Nesse sentido, os achados reforçam a importância de estratégias que integrem as práticas assistenciais e as ações de vigilância. Destaca-se que o instrumento desenvolvido neste estudo encontra-se em fase de validação, sendo necessários novos estudos que avaliem sua aplicabilidade, a implementação na rotina dos serviços de Atenção Primária à Saúde e os impactos dessa ferramenta em diferentes contextos do SUS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. Acesso em 25 de Out. 2024.
2. 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; 2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia orientador: promoção da proteção social para as pessoas acometidas pela tuberculose [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Available from: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/guia-orientador-promocao-da-protecao-social-para-pessoas-acometidas-pela-tuberculose>. Acesso em 9 de Nov. de 2024.
4. Santos IP, Moraes TP, Dias GM, Del Grandi TC, Provençani APB, Dias RR, et al. Tuberculose extrapulmonar: desafios diagnósticos e terapêuticos – uma revisão abrangente. CPAQV [Internet]. 2024 Sep 2;16(3). Disponível em:

- <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/2307>. Acesso em Fev. de 2026.
5. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024 [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>. Acesso em 30 Jan. de 2025.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim especial de tuberculose [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude> (substituir pelo link público correto). Acesso em 19 Jan. 2026.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose – painel Power BI [Internet]. 2024. Acesso 2 Nov. 2024.
 8. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Boletim epidemiológico: tuberculose [Internet]. Fortaleza: SESA-CE; 2025. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/BOLETIM-TUBERCULOSE-2025.pdf> Acesso em 19 Jan. 2026.
 9. Secretaria Municipal de Saúde de Sobral. Base de dados de abandono do tratamento de tuberculose (SINAN): dados da base local, 2020–2025 [dataset]. Sobral, CE: Secretaria Municipal de Saúde; 2026 [citado 2026 jan]. Disponível em: Base de dados local do Município de Sobral.
 10. Bezerra TM, Matos CC. Tuberculose: principais fatores associados ao abandono do tratamento. Arq Cienc Saude UNIPAR. 2023;27(5):2699-2715. doi:10.25110/arqsaude.v27i5.2023-036.
 11. Aguiar, K. F.; rocha, M. L. Ligações Perigosas e Alianças Insurgentes. Subjetividades e Movimentos Urbanos. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.
 12. Moreira, M. I. C. Pesquisa-intervenção; especificações e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. In: CASTROL. R.; de e BESSET, V. L. (Orgs.) Pesquisa-interação na infância e na juventude. NAU: Rio de Janeiro, 2008.

13. Bardin, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
14. Brasil. Ministério da saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
15. Brasil. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 maio 2024. Seção 1, p. 1.
16. Navarro PD de, Haddad JPA, Rabelo JVC, Silva CH de L e, Almeida IN de, Carvalho W da S, et al. O impacto da estratificação por grau de risco clínico e de abandono do tratamento da tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 37, n. 4, p. 1-9, 2021.
17. Messias I de PCL de, Wyszomirska RM de AF. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Revista JRG [Internet]*. 29º de janeiro de 2024 [citado 19º de fevereiro de 2026];7(14):e14922. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/922>
18. FilhoP. C.M.; FonsecaL. A. N. S.; VidalD. M.; SouzaD. J. M. de; SantosL. Q. de L.; BatistaG. B.; AlmeidaB. R. de; BicalhoM. C. T.; DiasA. M. N.; GomesE. P.; MendesN. B. do E. S. Fatores de risco e perfil de abandono do tratamento da tuberculose em uma cidade brasileira. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 3, p. e11868, 12 mar. 2023.
19. Silva, V. R. V. et al. Desafios na assistência ao paciente com tuberculose na atenção básica. Challenges in care for patients with tuberculosis in primary care. Desafíos en la atención a pacientes con tuberculosis en atención primaria. Recebido: 09 ago. 2023; revisado: 22 ago. 2023; aceito: 23 ago. 2023; publicado: 26 ago. 2023.
20. Santos DN, Santana MAF, Maia LFS. Dificuldades na adesão ao esquema terapêutico pelos pacientes com tuberculose . São Paulo: *Rev Recien*. 2020; 10(32):305-313. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.32.305-313>
21. Chirinos NEC, et al. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(esp):207-214.
22. Santos DA da S, Marques ALA, Goulart LS, Mattos M de, Olinda RA de. FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR.

- Cogitare Enferm. [Internet]. 20º de abril de 2021 [citado 19º de fevereiro de 2026];26. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72794>
23. Sousa, M. C. D. de A., Sousa, T. D. de A., Silva, A. P. da, Netto, J. L. de M. G., Medeiros, E. B., Maia, F. L. de A., & Wanderley, F. S. (2022). Análise dos fatores socioeconômicos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento da Tuberculose evidenciados em um hospital público de referência no nordeste do Brasil: Analysis of socioeconomic and clinical-epidemiological factors of abandonment of Tuberculosis treatment evidenced in a reference public hospital in northeastern Brazil. *Brazilian Journal of Development*, 8(9), 63744–63756. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-221>
 24. Cortez AO, Melo AC de, Neves L de O, Resende KA, Camargos P. Tuberculosis in Brazil: one country, multiple realities. *J bras pneumol* [Internet]. 2021;47(2):e20200119. Available from: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200119>
 25. Silva, Aldair & Cardoso, Fabiana & Amorim, Marli & Lopes, Laryssa & Cavalcante, Giani. (2021). ANÁLISE DE ÍNDICES DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE NO ESTADO DE PERNAMBUCO. *Revista Saúde - UNG-Ser.* 15. 8. 10.33947/1982-3282-v15n1-2-4480.
 26. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual operacional de tuberculose da OMS: Módulo 4: tratamento – atenção e apoio ao tratamento da tuberculose. Brasília, DF: OPAS, 2024. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstreams/eeeba858-1531-4d09-ba9d-19375e1cf582/download>. Acesso em: 3 fev. 2026.

Autor Correspondente: Maria Laiza de Souza¹

E-mail: marialaizasouza0@gmail.com

Recebido em: 2026-31-03

Aprovado: 2026-14-07