



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JANETE GALVÃO MARTINS CASSIANO

**TUBERCULOSE PULMONAR E O USO DE DROGAS ILÍCITAS:
ENTRE O ABANDONO E A CURA**

Fortaleza - Ceará

2014

Dissertação de Mestrado Profissional em
Saúde da Família apresentado à
Universidade Federal do Ceará como
parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Família
Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio
Dourado Arrais

JANETE GALVÃO MARTINS CASSIANO

TUBERCULOSE E USO DE DROGAS ILÍCITAS:
ENTRE O ABANDONO E A CURA

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C338t Cassiano, Janete Galvão Martins.
Tuberculose pulmonar e o uso de drogas ilícitas : entre o abandono e a cura / Janete Galvão Martins
Cassiano. – 2014.
92 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Orientação: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais.
1. Tuberculose pulmonar - tratamento. 2. Usuário de drogas. 3. Transtornos por uso de substâncias. I.
Título.

CDD 610

Aos meus pacientes, que por eles busco sempre o
caminho do saber.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está sempre comigo, nos momentos de luta e glória.

Ao professor doutor Paulo Sergio Dourado Arrais, pela paciência na orientação e o incentivo que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

A professora doutora Maria Augusta Drago Ferreira, integrante da banca da defesa desta tese, por sua riquíssima contribuição a este trabalho.

A professora doutora Aparecida Tiemi Nagao-Dias, integrante da banca de defesa desta tese, pelas observações pertinentes.

Aos meus pais, por sempre acreditarem em mim.

Ao meu marido e filhos, que não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da vida.

Aos meus amigos do primeiro mestrado profissionalizante em Saúde da Família da UFC, pelo companheirismo e incentivo em todos os momentos de nossas trajetórias.

À minha eterna enfermeira e amiga Juliana Mota de Moura, pela dedicação com que lida no dia a dia da tuberculose em nossa Unidade de Saúde

Resumo

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*. O abandono do tratamento da tuberculose pulmonar por pacientes com baciloscopia positiva favorece a manutenção da cadeia de transmissão, assim como o aumento das populações bacterianas resistentes à quimioterapia de primeira linha. Iniciar o tratamento, desistir dele, retratar, abandonar novamente... situação cada vez mais frequente na população acometida por tuberculose e usuária de drogas, lícitas ou ilícitas. O consumo de substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se nas últimas décadas como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública. Segundo a OMS, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. O presente trabalho tem como objetivo avaliar a influência do uso abusivo de drogas ilícitas no abandono do tratamento para tuberculose pulmonar em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza. Por meio de estudo epidemiológico observacional, retrospectivo, foram analisados fatores socio-epidemiológicos e fatores clínicos de pacientes em tratamento para tuberculose pulmonar, verificando-se a presença do uso abusivo de drogas nesta população, e a influência destas no abandono do tratamento, utilizando para isso questionários estruturados (questionário geral e ASSIST). Resultados: dos 116 casos de tuberculose investigados, 68,9% são do sexo masculino, com média de idade de 37,5 anos, de cor parda (72,4%), solteiro (56,9%), com ensino fundamental incompleto (50%). A situação de emprego da maioria (37%) era de desemprego. Quanto ao perfil epidemiológico do caso, 84,4% eram de casos novos, 13% de reingresso após abandono e 2,6% de recidiva. O motivo que levou ao encerramento do caso mostrou-nos um dado alarmante: 36% dos pacientes abandonaram o tratamento. Comparando as diferenças entre o grupo de cura e o de abandono, não houve diferença significativa entre a média das idades dos dois grupos ($p > 0,75$). Em ambos os grupos houve predomínio do sexo masculino, porém observamos uma diferença significativamente maior no grupo do abandono ($p = 0,0001$). No grupo abandono o nível de escolaridade foi inferior ao do grupo cura/conclusão ($p = 0,017$). Houve associação entre abandono e desemprego ($p < 0,0001$) e reingresso após abandono. Pelo resultado do questionário ASSIST, a frequência do uso de drogas na vida correspondeu a 95,1% para o álcool, seguido do tabaco (51,6%). A *Cannabis sativa*, a cocaína e o crack foram citados por 41,9% dos questionados. Inalantes como loló e cola de sapateiro já haviam sido provados por 19,3%. O uso de crack necessita de intervenção com indicação para tratamento intensivo na maioria dos usuários (61,9%), o que demonstra a força de dependência química que essa substância causa. Conclusão: O abandono do tratamento da tuberculose se mostra um risco significativo nos pacientes usuários de drogas, em especial as ilícitas onde observa-se um consumo abusivo, necessitando-se de intervenção, seja uma intervenção breve ou tratamento mais intensivo.

Palavras-chaves: Tuberculose. Recusa do Paciente ao Tratamento. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias

Abstract

Tuberculosis is an infectious and contagious disease caused by a bacterium, *Mycobacterium tuberculosis*. Treatment Refusal for pulmonary tuberculosis in patients with smear-positive favors the maintenance of the transmission chain, as well as increased resistance to first-line chemotherapy. Starting treatment, give it up, portray, leave again... situation increasingly common in the population affected by tuberculosis and uses drugs, licit or illicit. The consumption of psychoactive substances has increased since the second half of the twentieth century, becoming a mass phenomenon in recent decades and a public health problem. According to WHO, about 10% of the populations of urban centers world consume abusively psychoactive substances, regardless of age, sex, education level and purchasing power. This study aims to evaluate the influence of the abusive use of illegal drugs in the abandonment of treatment for pulmonary tuberculosis in a Unit of Primary Health Care in Fortaleza. Through a epidemiologic, observational and retrospective study, socio-demographic factors and clinical factors were analyzed in patients treated for pulmonary tuberculosis, verifying the presence of substance abuse in this population, and the influence of these in abandonment of treatment, using structured questionnaires (general questionnaire and ASSIST). Results: of the 116 TB cases investigated, 68.9% are male, with a mean age of 37.5 years, mulatto (72.4%), single (56.9%), with incomplete primary education (50%). The employment status of the majority (37%) were unemployed. As to the epidemiological profile of the case, 84.4% were new cases, 13% of return after default and 2.6% of recurrence. The cause of the closure of the case was by treatment refusal in 36% of patients. Comparing the differences between the group cure and abandonment, there was no significant difference between the mean ages of the two groups ($p > 0.75$). In both groups there was a predominance of males, but had a significantly greater difference in the dropout ($p = 0.0001$). In the group abandoned, the education level was lower than the cure group ($p = 0.017$). There was an association between dropout and unemployment ($p < 0.0001$) and return after default. The ASSIST questionnaire showed that the frequency of drug use in life corresponded to 95.1% for alcohol, followed by tobacco. (51.6%). *Cannabis sativa*, cocaine and crack were cited by 41.9% of respondents. Inhalants like lolo and glue had already been tried by 19.3%. The use of crack needs intensive treatment in the majority of users (61.9%), demonstrating the chemical addiction to this substance. Conclusion: The abandonment of tuberculosis treatment shows a significant risk in patients using drugs, especially illicit substances with abuse use, necessitating the intervention, whether a brief intervention or more intensive treatment.

Keywords: Tuberculosis. Treatment Refusal. Substance Related-Disorders.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | - Características Sociodemográficas dos pacientes com tuberculose pulmonar notificados no CSFRR, Fortaleza/Ceará, 2009-2012..... | 44 |
| Tabela 2 | - Agravos referidos por pacientes em tratamento para Tuberculose no CSFRR, Fortaleza/Ceará, 2009-2012..... | 46 |
| Tabela 3 | - Características epidemiológicas dos casos de tuberculose pulmonar no CSFRR, Fortaleza/Ceará, 2009-2012..... | 47 |
| Tabela 4 | - Comparação entre grupos abandono e cura/controle em relação a variáveis..... | 48 |
| Tabela 5 | - Análise multivariada dos fatores preditores de abandono..... | 50 |
| Tabela 6 | - Uso de substâncias durante a vida..... | 53 |
| Tabela 7 | - Frequência de resposta positiva, segundo as substâncias..... | 54 |
| Tabela 8 | - Frequência do uso de substâncias segundo escores totais do ASSIST para uso ocasional, sugestivo de abuso e sugestivo de dependência..... | 55 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da imunodeficiência adquirida

ASSIST: Questionário alcohol, smoking and substance involvement screening test

ESF: Estratégia de saúde da família

EUA: Estados Unidos da América

HIV: Vírus da imunodeficiência adquirida

SNC: Sistema nervoso central

TB: Tuberculose

TBMR: Tuberculose multi-ressistente

TDO: Tratamento diretamente observado

THC: Tetrahydrocanabiol

SUMÁRIO

| | | |
|---------|---------------------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2 | HIPÓTESE..... | 3 |
| 3 | OBJETIVO GERAL | 3 |
| 4 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 3 |
| 5 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 4 |
| 5.1 | Tuberculose..... | 4 |
| 5.1.1 | Definição..... | 4 |
| 5.1.2 | História..... | 4 |
| 5.1.3 | Transmissão..... | 5 |
| 5.1.4 | Aspectos Epidemiológicos..... | 6 |
| 5.1.4.1 | Incidência no Mundo..... | 6 |
| 5.1.4.2 | Incidência no Brasil..... | 6 |
| 5.1.4.3 | Incidência no Ceará..... | 6 |
| 5.1.4.4 | Incidência em Fortaleza..... | 7 |
| 5.1.5 | Sinais e Sintomas..... | 7 |
| 5.1.6 | Exames para Diagnóstico..... | 8 |
| 5.1.7 | Tratamento..... | 10 |
| 5.1.7.1 | Tratamento no Brasil..... | 11 |
| 5.1.7.2 | Limitações do Tratamento..... | 12 |
| 5.1.8 | Estratégias de Adesão..... | 12 |
| 5.1.8.1 | Tratamento Diretamente Observado..... | 12 |
| 5.1.8.2 | Retornos Frequentes..... | 13 |
| 5.2 | Drogas..... | 18 |
| 5.2.1 | Definição..... | 18 |
| 5.2.2 | História..... | 18 |
| 5.2.3 | Classificação/Tipos de drogas..... | 20 |
| 5.2.4 | Maconha..... | 20 |
| 5.2.5 | Cocaína/Crack..... | 22 |
| 5.2.5.1 | Complicações psiquiátricas..... | 23 |

| | | |
|---------|--|----|
| 5.2.6 | Dependência..... | 25 |
| 5.2.6.1 | Dependência Física..... | 25 |
| 5.2.6.2 | Dependência Psicológica..... | 25 |
| 5.2.6.3 | Dependência Química..... | 25 |
| 5.2.7 | Saúde Mental..... | 26 |
| 5.2.8 | Epidemiologia..... | 26 |
| 5.2.8.1 | Consumo de Drogas no Mundo..... | 26 |
| 5.2.8.2 | Consumo de Drogas no Brasil..... | 26 |
| 5.2.9 | Política Nacional Antidrogas..... | 27 |
| 5.2.10 | Drogas e os Serviços de Saúde..... | 29 |
| 5.2.11 | Saúde Mental na Atenção Básica..... | 29 |
| 5.3 | Tratamento da Tuberculose e o Uso Abusivo de Drogas..... | 30 |
| 5.3.1 | Quando o Tratamento deve ser Compulsório | 32 |
| 6 | METODOLOGIA | |
| 6.1 | Tipo de Estudo..... | 34 |
| 6.2 | Local de Estudo..... | 34 |
| 6.3 | Critérios de Inclusão | 35 |
| 6.4 | Critérios de Exclusão..... | 35 |
| 6.5 | Instrumentos..... | 35 |
| 6.6 | Coleta de Dados..... | 38 |
| 6.7 | Análise Estatística..... | 39 |
| 6.7 | Aspectos Éticos..... | 40 |
| 7 | RESULTADOS..... | 42 |
| 8 | DISCUSSÃO..... | 53 |
| 9 | CONCLUSÃO..... | 57 |
| | APÊNDICES | |
| | ANEXOS | |
| | REFERÊNCIAS | |

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 2010a) garantiu a Saúde como direito de todos e dever do Estado, admitindo a Saúde não apenas como a ausência de enfermidades, mas o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social (SCILIAR, 2007). Foi então criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de integrar as ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. O SUS possui como diretrizes: a descentralização, o atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas e a participação comunitária (BRASIL, 1990).

Atenção Primária é o nível do sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas de uma população, fornecendo atenção sobre a pessoa, e não apenas direcionada para a enfermidade (STANFIELD, 2002). No Brasil, o termo atenção primária foi substituído por atenção básica (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009), sendo esta caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi escolhida para reorganizar a Atenção Básica, substituindo aquela tradicional. Implantada pelo Ministério da Saúde em 1994 (BRASIL, 1998), muito mais que uma nova estrutura, trata-se de uma reforma nos modos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários (REIS, 2007).

A ESF busca uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e em especial, à responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde (BRASIL, 2008). Dentre as diversas ações desta vigilância está o controle da tuberculose pulmonar, área de atuação estratégica das equipes de saúde da família (BRASIL, 2006).

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) ou, simplesmente, bacilo de Koch. Apesar de ser uma das doenças infecciosas mais antigas, bem conhecida e há mais de meio século vulnerável ao tratamento medicamentoso, a tuberculose permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012 serão diagnosticados e notificados 8,6 milhões de casos de tuberculose. A Índia, a China e a África do Sul são os países com maior carga da doença. e o Brasil ocupa a 16ª posição em números

absolutos e a 22ª em coeficiente de incidência. Em 2013, o Brasil notificou 71.123 mil casos novos, a maioria de casos bacilíferos (WHO, 2013). As maiores taxas de incidência entre os estados se encontram no Rio de Janeiro, Amazonas, Pará, Pernambuco, Acre, Rio Grande do Sul, São Paulo e Ceará. Em 2010, o percentual de cura de casos novos foi de 71,76%, de abandono do tratamento 9,8%, e de casos sem informação sobre o tipo de encerramento, que foi de 6% (BRASIL, 2012b). Os desfechos do tratamento da tuberculose no Brasil ainda estão muito aquém das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em que algumas variáveis elevam o risco para o insucesso do tratamento: o alcoolismo, a co-infecção pelo HIV e o re-tratamento (OROFINO et al, 2012).

No atual cenário da luta contra a tuberculose, um dos aspectos mais desafiadores é o abandono do tratamento, pois repercute no aumento dos índices de mortalidade, incidência e resistência a múltiplos fármacos (SÁ et al., 2007). Considera-se caso de abandono o não comparecimento do paciente à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data prevista para o seu retorno (BRASIL, 2010b).

Existem vários fatores associados ao abandono do tratamento dentre eles há cinco fatores principais: aspectos sociodemográficos; aspectos relacionados aos serviços de saúde e ao tratamento da doença; a ocorrência de outras doenças, principalmente crônicas; o cuidado em saúde e o uso de drogas (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

O consumo de substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se nas últimas décadas daquele século como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública (PRATTA; SANTOS, 2009). Sendo assim, em função da complexidade desse fenômeno na atualidade, a dependência química é um problema que vem recebendo crescente atenção, mobilizando tanto o sistema de saúde (AGUILLAR; PILLON, 2005), (CANOLETTI; SOARES, 2005) e (MARTINS; CORRÊA, 2004) quanto a sociedade de uma forma geral. Além disso, tal questão está ganhando crescente visibilidade, uma vez que discussões sobre a temática estão presentes em diversos meios de comunicação e no âmbito de várias instituições (MARINHO, 2005).

O uso de drogas tem se confirmado como fator importante no abandono do tratamento da tuberculose (PAIXAO, GONTIJO, 2007a; RODRIGUES, 2010). Esse fator pode ser atribuído às dificuldades inerentes à um processo de dependência química, em detrimento da responsabilidade necessária e exigida pelo Serviço de Saúde para manter a regularidade do tratamento, existindo uma estreita relação entre o uso de drogas, lícitas ou ilícitas, com a não-

adesão ao tratamento da TB, tanto auto administrada quanto supervisionada (OROFINO , 2012; GONZÁLES, 2008).

O abandono do tratamento da tuberculose é um problema grave devido a permanência do indivíduo no convívio familiar e comunitário eliminando bacilos que contaminarão outros, mantendo a cadeia de transmissão da tuberculose.

Com o surgimento da epidemia do uso de drogas, o comportamento arremido às normas e regras aparece nos casos de abandono e na irregularidade no uso das medicações no tratamento da tuberculose, causando transtorno no combate à disseminação do bacilo de Koch. Estes pacientes aumentam o número de abandono, retratamento e, conseqüentemente, multirresistência bacteriana.

A limitada literatura leva-nos a crer que precisamos repensar a atenção dada a este grupo. Identificar características peculiares e manejos de tratamento e controle para usuários de drogas e indivíduos bacilíferos se torna uma forma de combater a multirresistência e mortes por tuberculose.

2 HIPÓTESE

O consumo de drogas de abuso influi no abandono do tratamento da tuberculose.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a influência da dependência química no abandono do tratamento para tuberculose pulmonar em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza.

4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil dos pacientes com tuberculose, segundo os aspectos sociodemográfico, hábitos sociais, condições de saúde e uso de substâncias químicas;
- Identificar a prevalência e o padrão de consumo de drogas de abuso entre os pacientes;
- Avaliar a relação entre consumo de substâncias químicas e abandono do tratamento para tuberculose.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 TUBERCULOSE

5.1.1 Definição

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa crônica, causada por uma bactéria aeróbia, *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch e que possui preferência pelo parênquima pulmonar. Sua transmissão se faz de pessoa a pessoa através da inalação de partículas infectadas por este patógeno expelidas por gotículas de saliva a partir da fala, tosse ou espirro de uma pessoa bacilífera. O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamadas tubérculos (BRASIL, 2008).

5.1.2 História

A TB, também chamada “peste branca”, tem registros de ocorrência em múmias egípcias, há mais de 5000 anos a.C., as quais apresentavam anormalidades típicas do comprometimento vertebral pela TB (o Mal de Pott), além de tecidos contendo o DNA de *M.tuberculosis* (DANIEL, 2000). Na América do Sul, achados arqueológicos apontam para a presença de TB pulmonar em múmias peruanas de 900 D.C. (HIJJAR; PROCÓPIO, 2006).

Durante a colonização portuguesa no Brasil, os jesuítas e colonos infectados pela TB se estabeleceram no Brasil. O contato permanente dos doentes com os índios proporcionou o adoecimento e a morte de muitos nativos. Sugere-se que o Padre Manuel da Nóbrega, chegado ao Brasil em 1549, tenha sido o primeiro indivíduo conhecido portador de tuberculose no país (CAMPOS; PIANTA, 2001). Referências a quadros clínicos compatíveis com a doença foram descritos como causa da sua morte e de de outros religiosos como o padre José de Anchieta (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2002).

A TB no século XX sofreu mudanças em seu padrão: passou da época em que não havia um tratamento curativo, mas sim o isolamento sanatorial aos primeiros passos do tratamento quimioterápico, da vacinação contra a TB (*Bacillus Calmette Guerin* - BCG) , até o surgimento dos fármacos e associações mais potentes contra o *M.tuberculosis* (MELO, 2010). A redução da mortalidade no início do século XX não se manteve nas últimas décadas, muito provavelmente devido a fatores como: a desigualdade social, com o advento da AIDS, a multirresistência do bacilo, o envelhecimento da população e movimentos migratórios (MACIEL et al, 2012).

5.1.3 Transmissão

A tuberculose é transmitida pelo próprio homem doente, que elimina bacilos durante a tosse, a fala e a expectoração. O contágio pode ser direto, pelo beijo, pelas gotículas de catarro contendo bacilos da tuberculose eliminados durante a fala, espirro ou tosse. As gotículas mais pesadas precipitam-se no ambiente. As mais leves permanecem suspensas no ar durante algum tempo. No mecanismo de transmissão da tuberculose, o ambiente exerce importância muito grande. Em locais úmidos e pouco ensolarados das casas e locais fechados, os bacilos podem permanecer vivos durante meses, tanto na poeira como em objetos (VERONESI, FOCACCIA, 2010).

A probabilidade de que a TB seja transmitida depende de alguns fatores (BRASIL, 2008):

- o potencial de contágio do caso índice: o doente bacilífero, isto é, com baciloscopia de escarro direta positiva, é a principal fonte de infecção;
- a concentração de bacilos no ar contaminado: determinada pelo tipo de ambiente em que a exposição ocorreu: ambientes fechados, escuros ou com pouca ventilação;
- duração da exposição: o tempo que o doente e seus contatos respiram nesse ambiente;
- a suscetibilidade genética ou predisposição dos contatos.

Algumas condições que debilitam o sistema imunitário podem contribuir para o adoecimento pela tuberculose como, por exemplo: infecção pelo HIV (CAMPOS; PIANTA, 2001), diabetes, tratamento prolongado com corticosteróides, terapia imunossupressora, doenças renais crônicas, neoplasias, desnutrição proteico-calórica (OROFINO, 2012) e etilismo (SIQUEIRA, 2012).

5.1.4 Aspectos Epidemiológicos

5.1.4.1 Incidência no Mundo

Em 2010, estima-se que 8,8 milhões de novos casos de TB ocorreram no mundo (128 casos por 100.000 habitantes), dos quais 6,2 milhões foram notificados. Oitenta e um por cento de toda a carga bacilífera mundial encontra-se em apenas 22 países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Observa-se que as taxas de incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose (entre não co-infectados por HIV), sistematicamente apresentaram uma ordem decrescente para os valores globais no Brasil e nas Américas. Com relação à incidência, houve uma

redução de 11,4% no mundo, de 50,0% nas Américas e de 48,8% no Brasil (GUIMARÃES, 2012).

5.1.4.2 Incidência no Brasil

Em 2013, o Brasil diagnosticou 71.123 casos novos de tuberculose, perfazendo um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes (hab). Quando analisadas as regiões do Brasil para o ano de 2013, verifica-se que o Norte, o Sudeste e o Nordeste possuem os mais altos coeficientes de incidência: 45,2, 37,1 e 34,7/100.000 hab., respectivamente. Quanto às Unidades da Federação, nove apresentaram coeficientes acima do valor encontrado para o país; entre elas, destacam-se Amazonas, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Pernambuco. As capitais com os maiores coeficientes de incidência são Cuiabá, Recife e Porto Alegre (WHO, 2013). Do total de casos novos diagnosticados, 85,7% apresentaram a forma clínica pulmonar e, destes, 65,2% eram bacilíferos. No ano de 2012, 70,6% dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera tiveram cura e 10,5% abandonaram o tratamento (BRASIL, 2014).

As taxas de incidência e mortalidade apresentaram tendência decrescente nos últimos anos. A taxa de incidência em 1990 era de 51,7 por grupo de 100 mil habitantes e em 2009, foi de 38,3 por 100 mil habitantes, apresentando uma queda de 26% ao longo desses anos. A taxa de mortalidade apresentou queda de 30% no mesmo período, reduzida de 3,6 para 2,5 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012c). A deficiência do preenchimento das fichas de notificação dos casos de tuberculose pode ocasionar subnotificação dos dados, gerando um diagnóstico equivocado da situação de saúde. registro (NOGUEIRA et al, 2009)

5.1.4.3 Incidência no Ceará

A incidência de casos de tuberculose no Ceará apresenta uma tendência discreta de declínio. No ano de 2010 foram notificados 3.628 casos novos de TB, dos quais 2.179 eram pulmonares bacilíferos (60%). Isto significa que a transmissão está ativa e os pacientes são diagnosticados e tratados tardiamente (CEARÁ, 2012a).

Ao analisar os resultados da situação de encerramento, observa-se que o percentual de cura em 2010 (63,4%) dos casos de tuberculose está abaixo da meta recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), que é 85%. A taxa de abandono aumentou de 6,6% para 8,3%, acima da aceitável pela OMS, que é menor que 5% (CEARÁ, 2012a), além de um percentual inaceitável de 33,4% de casos sem informação de encerramento no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (BRASIL, 2007).

O Ceará possui 08(oito) municípios prioritários nas ações de combate à tuberculose: Caucaia, Crato, Fortaleza, Maranguape, Itapipoca, Sobral, Maracanau e Juazeiro do Norte. Eles juntos somam 67% de todos os casos de tuberculose do Estado (CEARÁ, 2013).

5.1.4.4 Incidência em Fortaleza

Fortaleza é capital mais densamente povoada do país, a quinta mais populosa, e sua região metropolitana a sétima maior no ranking nacional (CEARÁ, 2012b). Tendo o nono maior PIB municipal da nação e o primeiro do Nordeste, é um importante centro comercial e industrial do Brasil. Entretanto, a capital cearense amarga o quinto lugar entre as cidades mais desiguais do mundo, segundo relatório da WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a).

Fortaleza ainda é município prioritário no combate à tuberculose, respondendo pela maioria dos casos do Estado. Em 2012, apresentou incidência de 62,7/100.000 habitantes, com 1.742 casos novos notificados (CEARÁ, 2013).

5.1.5 Sinais e Sintomas

Os profissionais devem estar treinados para identificar os sinais e sintomas clínicos de risco para TB. Deve-se levar em consideração as evidências clínicas para o diagnóstico da doença, a saber (MINAS GERAIS, 2006):

- a tuberculose se manifesta por uma síndrome infecciosa de curso crônico, com febre baixa, geralmente vespertina;
- é uma doença que consome, debilitando e emagrecendo as pessoas;
- sudorese noturna, adinamia e hiporexia podem ser encontradas;
- a mais frequente localização é pulmonar e a tosse com expectoração por mais de 3 semanas é um sintoma importante, que pode evoluir para escarros sanguíneos e hemoptise;
- nas formas extrapulmonares, o quadro clínico varia conforme a localização e a gravidade do caso;
- a forma extrapulmonar mais prevalente, a pleural, pode se apresentar com quadro agudo de dor torácica e febre, que frequentemente é confundido com quadro pneumônico;
- as formas primárias atingem as crianças, sendo uma doença muito comum na faixa de 15 aos 50 anos;

- contatos com pessoas recém-tratadas para tuberculose ou que tiveram a doença nos últimos dois anos é dado importante.

Idosos, diabéticos e pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) têm maior probabilidade de adoecer por tuberculose (afirmação válida para regiões com alta prevalência de tuberculose) (MINAS GERAIS, 2006).

5.1.6 Exames para Diagnóstico

A pesquisa bacteriológica é método de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento (BRASIL, 2008), e será usado na ordem de prioridade detalhada. A baciloscopia de escarro deve ser realizada em, no mínimo, duas amostras: uma por ocasião da primeira consulta e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar. Nos casos em que há indícios clínicos e radiológicos de suspeita de TB e as duas amostras de diagnóstico apresentem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais (BRASIL, 2011).

A cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença.

A cultura para micobactéria é indicada nos seguintes casos: suspeita clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa; suspeitos de TB com amostras paucibacilares (poucos bacilos); suspeitos de TB com dificuldades de obtenção da amostra (por exemplo, crianças); suspeitos de TB extrapulmonar; e casos suspeitos de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas – MNT (nestes casos o teste de sensibilidade pode ser feito com MIC).

A prova tuberculínica – PT consiste na inoculação intradérmica de um derivado protéico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a estes antígenos. É utilizada, em adultos e crianças, para o diagnóstico de infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb). Na criança também é muito importante como método coadjuvante para o diagnóstico da TB doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISILOGIA, 2009).

A TB pulmonar cursa quase sempre com alterações na radiografia de tórax. Virtualmente, qualquer alteração radiológica, ou mesmo uma radiografia aparentemente normal (até 15% dos casos, especialmente no caso dos imunodeprimidos), pode corresponder a uma TB. Diferentes achados radiológicos apontam para a suspeita de doença em atividade

ou doença no passado, além do tipo e extensão do comprometimento pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar (BRASIL, 2011).

Classicamente, a TB pulmonar do adulto apresenta-se como um infiltrado focal dos lobos superiores, geralmente dos segmentos apical e posterior ou do segmento apical do lobo inferior. As cavitações, o padrão miliar, as adenopatias, o derrame pleural e as atelectasias (particularmente na criança), são outras possíveis alterações radiológicas encontradas na TB (BENTO *et al*, 2011). Por outro lado, é geralmente difícil determinar apenas pela radiografia, o estado de atividade da doença (antiga versus recente). Imagens com densidade cicatricial e mesmo com granuloma calcificado podem estar presentes na TB ativa (REIS, 2013).

Tomografia computadorizada de alta resolução – TCAR, ressonância magnética – RM e tomografia com emissão de pósitrons – PET são tecnologias propostas para o diagnóstico de TB ativa e latente e podem auxiliar no diagnóstico de tuberculose pulmonar atípica ou extrapulmonar, frequente em pacientes infectados pelo HIV (ver capítulo Tuberculose e HIV). Exceto nestes casos, não estão indicados na rotina diagnóstica da TB em nosso meio (BURRIL, 2007; GOO, J.M., 2000).

Dada a sua maior sensibilidade, a tomografia computadorizada (TC) pode ser necessária no diagnóstico de TB, para esclarecimento de adenopatias, estenoses brônquicas e formas miliares (REIS, 2013).

O diagnóstico definitivo requer o isolamento do agente etiológico, efetuado em amostras respiratórias ou extra-respiratória através da baciloscopia na maioria das vezes (JORNAL OFICIAL DA UNIÃO EUROPÉIA, 2008), dos testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) e cultura, este último considerado o exame “gold-standard” para o diagnóstico de TB.

Em doentes que não conseguem emitir espontaneamente expectoração poderá ser necessário recorrer à indução da expectoração através da inalação de uma solução salina hipertônica, à broncofibroscopia com lavado brônquico e lavado broncoalveolar, à coleta de expectoração após broncofibroscopia e à realização de aspirado gástrico. O aspirado gástrico pode ser necessário nos doentes, particularmente crianças, incapazes de colaborar na colheita ou que não conseguem expectorar, mesmo após inalação de aerossol (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2000). Baseia-se na presença do *M. tuberculosis* nas secreções respiratórias que são deglutidas durante a noite e se acumulam no conteúdo gástrico.

Os testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN), surgiram com o intuito de fornecer ao clínico um resultado mais rápido e preciso. Os TAAN, dos quais o mais vulgarmente usado é a “Polymerase Chain Reaction” (PCR), são testes de detecção rápida, que permitem uma resposta em 24 a 48 horas e são específicos para o MT-complex. Há vários kits de TAAN comercializados, cada um deles utilizando um método diferente para amplificar regiões específicas dos ácidos nucleicos que permitirem encurtar o tempo necessário ao diagnóstico. Estes testes requerem um laboratório com técnicos experientes e equipamento específico, o que encarece o procedimento, sendo cerca de 14 vezes mais caro que um exame direto. Sua sensibilidade e a especificidade têm sido extensivamente estudadas, tendo-se observado divergências de resultados (TRAJMAN et al, 2008).

De acordo com a literatura, os TAAN não podem substituir os exames micobacteriológicos diretos ou de cultura, devendo antes ser interpretados em conjunto com estes e com a clínica (LIM et al, 2002; GRECO et al, 2006; BONNET et al, 2007). Em um doente com exame direto positivo, um TAAN positivo confirma o diagnóstico de TB. Os TAAN não são suficientemente sensíveis para excluir o diagnóstico de TB em doentes com exame direto negativo, uma vez que só detectam 50 a 80% dos casos, posteriormente confirmados por cultura (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009).

5.1.7 Tratamento

A era da quimioterapia da TB se iniciou no final da década de 1940, com a descoberta da estreptomicina, utilizada em monoterapia, conforme os primeiros trabalhos publicados pelo Conselho Médico Britânico. O rápido desenvolvimento de resistência à estreptomicina levou à descoberta de novos fármacos, como ácido para-aminossalicílico (PAS) e a isoniazida, (HIJJAR et al, 2007). Nos anos 50, surgiu o primeiro regime poliquimioterápico, composto por estreptomicina, PAS e isoniazida, administrados por 24 meses. A longa duração e a difícil aceitação do PAS justificaram buscar regimes mais eficazes, mais curtos e mais toleráveis. Na década de 60, o PAS foi gradualmente substituído pelo etambutol, e o regime tríplice, com estreptomicina, isoniazida e etambutol, foi encurtado para 12 meses (CAMINERO, 2003). A rifampicina foi introduzida na terapêutica em 1971 e é um marco no tratamento da tuberculose por sua potente atividade antimicrobiana, tanto na fase de multiplicação rápida, quanto na fase de manutenção. Sua incorporação aos esquemas possibilitou a redução do tempo de tratamento de 12 para 6 meses, com a chamada curta duração (HIJJAR et al, 2007;

CAMINERO, 2003). O uso adequado e as doses corretas, somados à adesão do paciente, resultam no sucesso terapêutico e a negatificação da baciloscopia de escarro ao final da fase intensiva do tratamento prediz uma evolução favorável naqueles indivíduos bacilíferos.

Os indicadores para determinar a efetividade de tratamento são a cura, o abandono, a falência e o óbito, e se considera que um bom programa de controle da tuberculose alcance pelo menos 85% de cura. Desde a descoberta da rifampicina, não se observava novas moléculas em estudos clínicos com ação bactericida contra o *M. tuberculosis*, como na atualidade. Entre esses novos compostos, os mais promissores são diarilquinolina e oxazolidinona, ambas com estudos em andamento, em fases II e IIa (DALCOMO, ANDRADE, PINCON, 2007). O tratamento da tuberculose tem como base duas premissas bacteriológicas: o comportamento do metabolismo do bacilo e sua localização na lesão tuberculosa. É o que justifica utilizar fármacos com capacidade bactericida precoce, objetivando reduzir a população bacilar e, conseqüentemente, o surgimento de resistência aos medicamentos administrados simultaneamente (BRASIL, 2011). Essa redução rápida da população bacilar resulta em menor infectividade do caso. Cada população micobacteriana tem uma proporção de mutantes com resistência natural, num determinado número de microorganismos. As mutações naturais se reduzem drasticamente com a ação conjunta dos medicamentos, sobretudo aqueles com atividade bactericida precoce.

Três populações bacilares são encontradas nas lesões pulmonares: intracelular (macrófagos), de crescimento lento em pH ácido; em lesão caseosa (fechada), de crescimento intermitente em pH ácido ou neutro; e na parede da cavidade, de crescimento rápido em pH neutro. Na composição do esquema adequado, é importante incluir fármacos com atividades diferenciadas, com alvo nas três populações, com suas particulares velocidades de crescimento e pH. Os fármacos com atividade antimicrobiana atuam basicamente na população intramacrofágica, prevenindo as recidivas, enquanto outros atuam nas populações na parede das cavidades(DALCOMO, 2012).

5.1.7.1 Tratamento no Brasil

Desde 1979, o tratamento para tuberculose preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) trabalha com três drogas no esquema básico sendo dois meses de tratamento intensivo com Rifampicina(R), Isoniazida(H) e Pirazinamida(Z) e mais quatro de manutenção com rifampicina e isoniazida (2RHZ/4RH); enquanto que para retratamentos após cura ou abandono acrescenta-se etambutol(E) nos dois primeiros meses de

tratamento intensivo (2RHZE/4RH). Estes esquemas ficavam a cargo dos centros de tratamento especializados ou, mais tarde após a municipalização do SUS, sob a responsabilidade das unidades de atenção básica. Em 2009, após estudos e revisões, o PNCT efetuou algumas modificações a saber (BRASIL, 2011): introdução de um quarto fármaco, etambutol, na fase intensiva do tratamento para todas as formas e idades, a partir de 10 anos (2RHZE/4RH); adoção da apresentação em comprimidos com doses fixas combinadas, 4 em 1 (RHZE), para a fase intensiva, e 2 em 1 (RH), para a fase de continuação; formulação de comprimidos em substituição às cápsulas; adequação das doses de isoniazida e pirazinamida para 300 mg/dia e 1.600 mg/dia, respectivamente; abolição dos esquemas de retratamento.

Compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para garantir que toda a pessoa com diagnóstico de tuberculose venha a ser, sem atraso, adequadamente tratada. A condição básica para o êxito do tratamento é a adesão do paciente e, para tanto, é necessário que sejam observados: o acolhimento, a informação adequada e o tratamento diretamente observado (TDO) (BRASIL, 2011).

5.1.7.2 As Limitações do Tratamento

A fragilidade biológica que a doença impõe ao indivíduo, muitas vezes descritas como falta de forças pelo emagrecimento, as dores de cabeça e no corpo, a febre, faz com que ele se sinta com condições limitadas para procurar ajuda médica. Quando o faz, é sempre na intenção de resolver rapidamente seu problema. Muitas situações se complicam com a inabilidade dos convíveres em oferecer alguma ajuda, fazendo o que lhes é mais fácil, afastar-se. Daí vem o desemprego, o isolamento social ou a separação do casal.

Ao dar início ao tratamento, passa a ocorrer alguns fatores complicantes. O uso de uma quantidade significativa de medicações (quatro comprimidos nos primeiro dois meses e dois comprimidos nos demais quatro meses) impõe uma rotina antes não imaginada. A durabilidade do tratamento (seis meses) também se faz uma carga pesada, pois na maioria dos casos de infecções respiratórias, a terapêutica dura em média apenas duas semanas. Com o passar dos dias, pode advir complicações e efeitos colaterais, que fazem com que o paciente julgue se realmente o “sacrifício” está valendo a pena.

Uma outra limitação à continuação do tratamento se refere à equipe de saúde. Pacientes que não possuem uma equipe de profissionais qualificados para prestar-lhes assistência, passam por estágios de fuga e negação da doença sem um mínimo de apoio durante esta fase.

5.1.8 Estratégias para Adesão

5.1.8.1 Tratamento Diretamente Observado (TDO)

A busca de novas estratégias para melhorar a adesão do paciente está no cerne do acompanhamento da terapêutica de doenças crônicas. No caso da tuberculose, a OMS em 1993 declarou estado de emergência e recomendou aos países adotarem a estratégias TDO, para melhorar seu controle e garantir o alcance das metas estabelecidas em relação ao sucesso do tratamento. O Brasil iniciou a estratégia em 1997, melhorando seus índices de cura, abandono e custo quando comparado com tratamento auto-administrado. Em outras avaliações, o TDO se mostra difícil e trabalhoso tanto para os responsáveis da supervisão, que tem de conciliar esta tarefa com as demais e para o paciente que tem que conciliar seus horários com as tomadas, e enfrentar o constrangimento de ter um profissional da saúde quase todos os dias em sua casa (QUEIROZ et al, 2012).

As pessoas tratadas com TDO têm maior probabilidade de curar a tuberculose ou de não apresentar a TB multirresistente do que aquelas que não têm acesso a esta estratégia (THORN, 2008). É o momento ímpar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para empoderar o paciente em relação ao processo do tratamento, com linguagem acessível, de fácil entendimento, propiciando uma educação individual e dialogada (BRASIL, 2011a).

O TDO da tuberculose consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação 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). Nos casos em que o TDO não for realizado por profissionais de saúde, não será considerado TDO para fins operacionais (inclusive para fins de notificação no SINAN). No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for necessária, deve ser exaustivamente explicado sobre a necessidade da tomada diária da medicação, incluindo os dias em que o tratamento não será observado. Para fins operacionais, ao final do tratamento, para a decisão de que o tratamento foi supervisionado, convencionou-se que, no mínimo, 24 tomadas da medicação tenham sido diretamente observadas na fase de ataque e 48 doses na fase de manutenção (BRASIL, 2011a) .

São objetivos do TDO:

- Melhorar a atenção ao doente por meio do acolhimento humanizado.
- Possibilitar a adesão, garantindo a cura.
- Reduzir a taxa de abandono.

- Interrromper a cadeia de transmissão da doença.
- Diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes.
- Reduzir a mortalidade.
- Reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de doença consuptiva, transmissível e de alto custo social.
- Realizar uma educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada voltada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde (BRASIL, 2011a).

5.1.8.2 Retornos frequentes

A estratégia de retornos frequentes se mostra como uma escolha para aumentar o vínculo entre a equipe e o paciente, favorecendo o comprometimento mutuo com a terapêutica (BERGELA; GOUVEIA , 2005).

5.1.8.3 Educação em saúde do paciente, familiares e da comunidade

Por ser uma doença com grande estigma na sociedade, o paciente em tratamento para tuberculose deve ser constantemente informado sobre o que é a doença, como se transmite, como é o tratamento, para que serve, o que pode acontecer com o seu organismo. Isso evita que, no momento de dúvida, estas sejam respondidas a tempo, e a auto estima não seja abalada por atitudes de pessoas leigas. Da mesma forma, familiares e comunidade devem ser trabalhadas para que as crenças e lendas não atrapalhem o cotidiano de todos e para dizimar eventuais preconceitos que venham a abalar os relacionamentos (TEIXEIRA, 2011; ANTÓN-NEYRA; MEZONES-HOLGUÍN, 2009).

5.1.8.4 Incentivo alimentício

A relação entre desnutrição proteico-calórica e a infecção/doença tuberculose é bem conhecida pela população leiga e científica. Alguns municípios têm como incentivo ao paciente em tratamento para tuberculose o fornecimento de cesta básica mensal como forma de aumentar a aderência ao tratamento, fidelizando o paciente à unidade de saúde e melhorar o aporte nutricional do doente. Esta estratégia tem se mostrado eficaz no aumento da adesão e diminuição do abandono do tratamento. Outros incentivos tem feito parte das ações de alguns governos com vale-transporte e vestuário (CANTALICE FILHO, 2009).

5.1.8.5 Autonomia e negociação nas tomadas de decisão

O papel do paciente ainda é ser submisso àquilo que o profissional de saúde determina. Na medida em que o paciente deixa de observar as recomendações, os conselhos, as indicações e as ações estabelecidas pelo profissional e/ou pelo serviço, é considerado como não-aderente ao tratamento. Os profissionais tendem a abordar a questão da adesão/não-adesão somente sob suas perspectivas, ignorando as do paciente. Eles deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-las e entendê-las (REINERS, et al., 2008).

5.1.8.6 Flexibilização dos serviços de saúde

A flexibilização dos serviços de saúde, a sensibilização da equipe profissional na atenção dada ao paciente, buscando superar as vulnerabilidades biológica e social, mesmo que mínimas, representam um dos objetivos dos trabalhadores e conferem dignidade aos doentes (NAST, 2011; QUEIROZ, BERTOLOZZI, 2010)

5.1.8.7 Estratégia Saúde da Família

A mudança da estratégia da atenção básica tradicional para a estratégia de saúde da família tem se mostrado eficaz no que diz respeito à melhora nos índices de saúde. A mudança do objeto central da atenção da doença para a pessoa, e como tal inserido num núcleo familiar e numa comunidade, faz com que a tuberculose deixe de ser vista como um dado para ser trabalhada com uma pessoa que merece atenção especial e individual, levando em consideração seus potenciais e limitações. Porém, a estratégia de saúde da família está ainda em construção, apresentando portanto problemas e falhas no seu desenvolvimento e ações. A capacitação e sensibilização dos profissionais das equipes de saúde para trabalhar com o paciente com tuberculose e em situações especiais mostra que a prática da educação permanente dos profissionais envolvidos no atendimento ao portador de tuberculose deve ser estimulada, tanto para fortalecer o programa de controle da tuberculose como para capacitar e sensibilizar os profissionais aos conflitos e dificuldades a serem enfrentadas, tanto de ordem pessoal com social. (ASSUNÇÃO; SEABRA; FIGUEREDO, 2009,) (FREGONA, 2007).

A falta de estudos sobre novas estratégias de abordagem aos pacientes que abandonam o tratamento para tuberculose apontam para a necessidade de investimento contínuo em pesquisas que abordem o fenômeno da adesão/não-adesão, principalmente sobre aspectos que

vão além da sua epidemiologia. Grandes contribuições podem advir de estudos que discutem os modelos teóricos correntes de compreensão do fenômeno e as estratégias de intervenção nos problemas encontrados. Nas definições descritas pelos autores, a idéia recorrente é a de que o paciente deve cumprir, seguir, obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e que seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações médicas. O paciente tem autonomia para escolher seguir ou não o tratamento, mas o profissional não tem responsabilidade sobre as consequências dessa decisão (REINERS et al, 2008)

5.1.9 Abandono do Tratamento

O Ministério da Saúde considera caso de abandono o doente que, após iniciado o tratamento para tuberculose, deixou de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno (BRASIL, 2002b).

O maior problema enfrentado no tratamento da TB é a não-adesão, em que é admitido pela OMS um índice de abandono do tratamento inferior a 5% (OLIVEIRA; LEON; GARDINALI, 2000).

No Brasil, a taxa de abandono é alta, situa-se em 17% (PAIXAO; GONTIJO, 2007), não sendo diferente no Ceará, que teve encerramento do tratamento por abandono em 2011 em 7,5% da sua clientela(CEARÁ, 2012).

A não-adesão ao tratamento da tuberculose é um sério problema no controle da tuberculose. Alguns aspectos são relacionados com o doente como condições sócio-econômicas e culturais ou aquelas ligadas a fatores individuais como efeitos colaterais dos medicamentos, uso de drogas lícitas ou ilícitas e falta de motivação (RODRIGUES et al, 2007).

Usuários abusivos de álcool têm risco aumentado para o abandono do tratamento de tuberculose(HASKER et al, 2008). O uso de drogas ou bebidas alcoólicas é sempre descrito como um obstáculo ao cumprimento do tratamento e, por vezes, já no início do tratamento essas pessoas são estigmatizadas e taxadas como problemáticas e predispostas ao abandono do tratamento pelo serviço de saúde(ROCHA; ADORNO, 2012). A pessoa que usa drogas apresenta dificuldades na manutenção das relações familiares, com conflitos e agressões, e

tais situações dificultam ou impedem o fornecimento do suporte social, que tem se revelado fundamental para a sua conclusão (DEISS; RODWELL; GARFEIN, 2012).

Características da atividade profissional do paciente, informações errôneas a respeito do tratamento ambulatorial e falta de credibilidade nos sistemas de atenção básica também são apontados como causas do abandono (ASSUNÇÃO; SEABRA; FIGUEREDO, 2009).

A tuberculose é uma doença que sofre grande influência do contexto social em que o paciente encontra-se inserido, o que reforça expressões como: “a tuberculose é uma doença da pobreza, da exclusão social e da miséria” (ROCHA; ADORNO, 2012).

5.1.10 Reingresso

Um dos maiores desafios nos dias de hoje, para o controle da tuberculose no Brasil, são os casos de retratamento. Esse grupo, formado pelos casos de recidiva e reingressos após abandono, apresenta chance maior de desenvolver um desfecho desfavorável para a doença como óbito, abandono e multirresistência aos fármacos de tratamento para a TB. No Brasil, 96% dos casos de resistência notificados são adquiridos, em que mais da metade tem um histórico de três ou mais tratamentos prévios para TB (BARREIRA, 2010).

A proporção de casos de retratamento entre todos os casos de TB notificados no Brasil apresentou uma leve tendência de declínio entre os anos de 2001 a 2005 (13,6% para 11,7%), com posterior estabilidade nos anos seguintes. Em 2009, foram notificados 10.286 casos de retratamento, em que 50,6% desses devido às recidivas e 49,4% devido aos casos de reingresso após abandono (BARREIRA, 2010).

O retratamento vem influenciando negativamente o desempenho dos indicadores do Programa de Controle da Tuberculose, acarretando também uma elevação no custos e aumento no risco de morte. Estudos demonstram que esse grupo tem como características o maior número de homens, com predomínio de pacientes entre 20 a 49 anos, de baixa escolaridade, com predomínio de negros, pardos e desempregados. Além disso, verifica-se a proporção maior de pacientes com história de alcoolismo, tabagismo, co-infecção pelo HIV, história de regime prisional (PAULA, 2008).

A proporção de cura entre os casos de retratamento é inferior (49,8%) à dos casos novos. Já a proporção de casos que abandonaram o tratamento é superior (25,6%) à dos casos novos de TB (9,3%) e o percentual de co-infecção com HIV é quase o dobro entre os casos de retratamento do que entre os casos novos de TB (BARREIRA, 2010).

Aproximadamente 16% dos casos de retratamento eram co-infectados por HIV em 2009, em comparação a 9% dos casos novos.

A análise dos indicadores mostra que o alcance de um desfecho favorável para o tratamento da TB é mais difícil entre os casos de retratamento quando comparado aos casos novos. Esse comportamento é pior entre os casos de reingresso após abandono, o que aumenta a necessidade de monitoramento sistemático (TDO e epidemiológico) desse grupo de pacientes ao longo do tratamento (BARREIRA, 2010).

O tratamento inadequado é, em geral, consequência da não adesão ao tratamento que apresenta vários níveis, a saber: total recusa ao tratamento, o não cumprimento da duração do tratamento, o uso irregular dos fármacos e o uso incorreto das doses, este, por erro de prescrição como no caso de não ser levada em consideração a interação medicamentosa, ou por decisão espontânea do doente. Os fatores da não-adesão são responsáveis pela permanência da fonte de infecção, emergência da resistência bacteriana e aumento do custo do tratamento (PINA, 2013).

5.1.11 Multirresistência às Drogas de Tratamento

A irregularidade ou o abandono do tratamento são as principais causas de mortes da TB multi-resistente (TBMR) e do aumento progressivo da resistência primária.(REIS et al, 2007).

A definição internacional de TBMR a resistência à pelo menos a isoniazida e rifampicina. Existe um nítido contraste entre o período inicial do tratamento para TB e o período de tratamento para TBMR em relação ao número de abandonos, recidivas e falências (GUIMARÃES, 2012).

São tipos de resistência a primária, observada em pacientes sabidamente não tratados antes, infectados por uma fonte doente com forma resistente e adquirida ou secundária, resultante de uso prévio de medicação de forma inadequada(DALCOLMO et al, 2007).

A resistência secundária, gerada pelo tratamento inadequado, é responsável pela disseminação de bacilos resistentes que, por sua vez, levam à resistência primária. No Brasil, a resistência primária a pelo menos um fármaco foi de 8,6%; a resistência secundária foi de 21% (PINA, 2013). Em números absolutos, a tuberculose multirresistente encontra-se em ascensão: observou-se 334 casos em 2001 e 630 casos em 2011(BRASIL, 2012b).

5.1.12 Óbitos

Uma estimativa da OMS para óbitos por tuberculose em paciente HIV negativos para o ano de 2011 chegou a marca de 1,1 milhão de pessoas no mundo (BRASIL, 2012b). No Brasil, este número chega a 4,6 mil pacientes por ano em que a TB é a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira em pacientes com AIDS (BRASIL, 2012b).

Apesar dos números ainda altos, o Brasil vem diminuindo o percentual de óbitos. A taxa de mortalidade em 2001 era de 3,6 por 100 mil habitantes passou para 2,4 em 2010. Fazendo um comparativo, nessa primeira década do século XX, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dobrou, passando de 25,4 para 52,2% (BRASIL, 2012a).

Em Fortaleza, dos casos de óbito que tiveram a tuberculose como uma das causas múltiplas, 71,8% eram a causa básica e 79% destes eram da forma pulmonar, ou seja, pacientes bacilíferos. Dos pacientes com registro no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) ou seja, com notificação a partir de uma unidade de saúde, apenas 48% tinham o registro da evolução para óbito, o que demonstra ainda uma subnotificação dos casos de óbito por tuberculose (FAÇANHA, 2005) o que corrobora com dados de outras regiões do país (BIERRENBACH et al. 2007).

5.2 DROGAS E FÁRMACOS QUE CAUSAM DEPENDÊNCIA

5.2.1 Definição

Droga é toda substância capaz de modificar ou explorar o sistema fisiológico ou estado patológico com ou sem interação de benefício do organismo receptor (exemplo: *Cannabis sativa*). Fármaco é toda substância química definida capaz de modificar o sistema fisiológico ou estado patológico em benefício do organismo receptor (Delta-9-tetrahydrocannabinol [THC]) (OGA, 2008)

Droga é qualquer substância que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas do organismo, e que provoque alterações em seu funcionamento. Dessa forma, substâncias que têm a capacidade de atuar no cérebro, gerando modificações no psiquismo, são chamadas drogas psicoativas (VELHO, 2010).

5.2.2 História

O uso de drogas pelo ser humano o acompanha em sua evolução. Como prática milenar e universal, o uso de drogas tem os mais diversos objetivos: cura de males, alívio de sintomas, diminuição da ansiedade, alteração da consciência e busca por prazer.

O consumo de drogas com a capacidade de alterar o estado de consciência e modificar o comportamento é demonstrado em praticamente todas as culturas e nas mais diversas épocas (VELHO, 2010). Infelizmente, muitos dos textos antigos que falavam do uso que se dava às distintas substâncias perderam-se no tempo. Em códices como o Papiro de Ebers (1500 a.C.), para a *Cannabis sativa* (maconha) havia referência do uso pelos egípcios para esquecerem as preocupações e ludibriarem a fadiga e a fome. Os assírios usavam essa mesma substância durante seus rituais religiosos ou como anestésico (PÉREZ-CAJARAVILLE et al, 2007). Em 5000 a.C. os sumérios registraram o ópio como representante da alegria e do regozijo, enquanto persas e egípcios por volta de 1500 a.C. reconheciam as propriedades terapêuticas do ópio. Desde 600 a.C. a coca era conhecida (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007). Na Idade Média, a farmacologia ocidental era pobre, limitando-se aos conhecimentos religiosos. Algumas ordens religiosas produziam cerveja, mas a retirada de substâncias diretamente das plantas era associada ao esoterismo e as práticas demoníacas. As bruxas nada mais eram que mulheres com vasto conhecimento dos efeitos de determinadas plantas como o efeito anestésico e afrodisíaco da mandrágora e o efeito sedativo e anti-afrodisíaco do nenúfar.

A *Cannabis sativa* possui uma longa história na Medicina, sendo conhecida desde a Antiguidade em várias partes do mundo. Há relatos que na China, em 2737 a.C., o imperador Shen-Nung a prescrevia para o tratamento de beribéri, malária, gota, reumatismo, constipação e fadiga (ZUARDI, 2006). O conhecimento de seu uso parece ter surgido inicialmente na região do Himalaia e na Índia. Foi utilizada na Medicina Tradicional Indiana em indicações similares às que se observa em muitas descrições atualmente na prática médica, ações terapêuticas de analgesia e sedação, como relaxante muscular, anticonvulsivante, estimulante do apetite, antipirético e no tratamento da desintoxicação pelo álcool e opióides (BONFÁ; VINAGRE,; FIGUEREIDO, 2008).

Por volta dos séculos XVII e XVIII, o consumo de drogas era um privilégio de poucos. Mais tarde, verificar-se-ia um preocupante crescimento do número de consumidores. A excentricidade, aliada ao luxo e à busca de diferenciação por parte das elites mais cultas e preparadas, cativou escritores e intelectuais.

No século XIX, mais concretamente em 1860, foi sintetizada pela primeira vez a cocaína. Movido por questões científicas, Freud começou a estudar as propriedades desta substância, trabalho que culminou com a publicação do seu ensaio “Über Coca” (1884), provocando um aumento da prescrição de cocaína para o tratamento da ansiedade e depressão.

Um destes tónicos era o Vin Mariani, uma mistura de vinho e cocaína, que concorria com outro tipo de bebidas produzidas a partir de uma base de cola, e era inclusivamente publicitado pelo papa Leão XIII. A mais famosa destas bebidas, a coca-cola, foi inventada em 1886 por John Pemberton, um farmacêutico, utilizando como ingredientes ativos a noz de cola e cocaína (ALDRIDGE, 2001).

Seguiu-se um período de grande incremento do uso da cocaína, do ópio e dos respectivos alcalóides, sobretudo entre as pessoas mais abastadas e cultas. O ópio começava a usurpar o lugar cimeiro do álcool, preocupando a Grã-Bretanha nos finais do século XIX, pelos malefícios que começavam a sentir-se (FARATE, 2001). Entretanto, o cânhamo era utilizado com fins terapêuticos, sendo prescrito à rainha Vitoria como alívio das dores menstruais, e tendo até direito ao selo de aprovação real (ALDRIDGE, 2001).

Os mecanismos de generalização do consumo de substâncias foram vários, incluindo modas e até guerras. A morfina, por exemplo, foi usada indiscriminadamente entre os feridos da Guerra da Seceção nos Estados Unidos da América, entre 1861 e 1865, vindo a originar a então designada “doença do exército”, pelas graves situações de dependência então criadas. Os próprios missionários religiosos, a par da mensagem divina, levavam consigo a heroína e a morfina, que eram usadas com o objetivo de recuperar os dependentes do ópio na China onde, ainda atualmente, a morfina é conhecida por “ópio de Cristo”. Na verdade, a heroína surgiu no mercado apresentando-se como uma droga cinco vezes mais potente que a morfina, e convertendo a pequena Bayer, que produzia corantes, numa gigantesca estrutura produtora de fármacos (ESCOHOTADO, 2004) .

Até o começo do século 20, o Brasil não tinha qualquer controle estatal sobre as drogas que eram toleradas e usadas em prostíbulos frequentados por jovens das classes média e alta, filhos da oligarquia da República Velha. No início da década de 20, depois de ter se comprometido na reunião de Haia (1911) a fortalecer o controle sobre o uso de ópio e cocaína, o Brasil começou efetivamente um controle. Naquele momento, o vício até então limitado aos “rapazes finos” dentro dos prostíbulos passou a se espalhar nas ruas entre as classes sociais “perigosas”, ou seja, entre os pardos, negros, imigrantes e pobres, o que começou a incomodar o governo.

Em 1921, surge a primeira lei restritiva na utilização do ópio, morfina, heroína, cocaína no Brasil, passível de punição para todo tipo de utilização que não seguisse

recomendações médicas. A maconha foi proibida a partir de 1930 e em 1933 ocorreram as primeiras prisões no país, no Rio de Janeiro, por uso da droga (RODRIGUES, 2002)

5.2.3 Classificação/Tipos de Drogas

Existe diferentes formas de se classificar as drogas, seja quanto a origem(naturais, semissintéticas, sintéticas), a legalidade(lícitas e ilícitas), ao mecanismo de ação(depressoras, estimulantes, alucinógenas). (BARLETTA et al, 2009).

Os fármacos e drogas que causam dependência podem ser classificados em: opiáceos: heroína, morfina e codeína; estimulantes d sistema nervoso central (SNC): cocaína, anfetamina, cafeína; depressores do SNC: barbitúricos, benzodiazepínicos, etanol e inalantes; tabaco: nicotina; cannabis: delta-9-THC; psicodélicos (alucinógenos): LSD, psilocibina, mescalina.(OGA, 2008)

As drogas de abuso podem ser classificadas de acordo com o efeito que a droga gera no sistema nervoso central. Existem as drogas depressoras (ex.: álcool, inalantes, ansiolíticos), estimulantes (ex.: tabaco, cocaína, anfetaminas) e perturbadoras/ alucinógenas (maconha, ecstasy) do sistema nervoso (AMATO, 2010).

5.2.4 Maconha

Também chamada cannabis, é referente a um dos preparos da planta *Cannabis sativa* que contém aproximadamente 400 substâncias químicas, entre as quais destacam-se pelo menos 60 alcalóides conhecidos como canabinóides. Eles são os responsáveis pelos seus efeitos psíquicos e classificados em dois grupos: os canabinóides psicoativos e os não-psycoativos. O Delta-8-THC e Delta-9-THC são psicoativos. O 11-hidroxi-Delta-9-THC é um metabólico ativo, ou seja forma-se no organismo por biotransformação do Delta-9-THC (não está presente na planta). O canabidiol é o exemplo de canabioide não-psycoativo. O Delta-9-THC é o mais abundante e potente destes compostos (OGA, 2008).

As taxas de absorção orais são mais elevadas (90% a 95%) e lentas (30 a 45 minutos) em relação à absorção pulmonar (50%). A biodisponibilidade após absorção pulmonar é maior do que por absorção oral. Isso se deve pela eliminação pré-sistêmica do Delta-9-THC devido ao fenômeno de primeira passagem associado com sua absorção por via oral (OGA, 2008). Apesar de ser utilizada há séculos para fins recreacionais e medicinais e ser amplamente consumida em todo o mundo, nenhuma droga de abuso provoca mais controvérsia que *Cannabis sativa* (NUNES, JÓLLUSKIN, 2007). A sua prevalência de uso fica somente atrás

do consumo de álcool e de cigarros, constituindo-se assim na droga ilícita mais utilizada no mundo (CRIPPA et al, 2005). A maconha produz sensação de euforia, leveza dos membros e geralmente retração social. Prejudica a capacidade para dirigir veículos bem como para executar outras atividades complexas que requerem habilidade; prejudica a memória imediata, o nível de atenção, o tempo de reação, a capacidade de aprendizado, a coordenação motora, a percepção de profundidade, a visão periférica, a percepção do tempo (a pessoa geralmente tem a sensação de passagem mais lenta do tempo) e a detecção de sinais. Outros sinais de intoxicação podem incluir ansiedade excessiva, desconfiança ou ideias paranóides em alguns e euforia ou apatia em outros, juízo crítico prejudicado, irritação conjuntival, aumento de apetite, boca seca e taquicardia.

O uso da maconha geralmente é intermitente e limitado; no entanto, estima-se que 10% dos que experimentaram maconha tornam-se usuários diários e 20% a 30% a consomem semanalmente. Apesar do aumento dos estudos, principalmente em humanos, em torno das propriedades de abuso da maconha, ainda não são bem conhecidos seus efeitos psicotrópicos responsáveis por desenvolverem uma síndrome de dependência (CASTLE, 2004). Estudo nacional de 2005 definiu aumento da prevalência entre os usuários de maconha para 8,8%. Ampla estudo realizado nos Estados Unidos encontrou um risco de dependência de 9% para usuários de cannabis, atingindo até 16% entre os com iniciação durante a adolescência (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

A cannabis às vezes é consumida com álcool, o que aumenta os efeitos psicomotores. Os canabinóides são às vezes usados terapêuticamente para glaucoma e para as náuseas em tratamentos quimioterápicos do câncer (BERTOLOTE, 2010).

Apesar da existência de muitos efeitos nocivos da maconha permanecerem inconclusivos, a recomendação é que os profissionais de saúde devam informar seus pacientes usuários de maconha sobre os já comprovados efeitos nocivos (risco de acidente, danos respiratórios para usuários crônicos, risco de desenvolver dependência para usuários diários e déficit cognitivo para os usuários crônicos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2002).

5.2.5 Cocaína/Crack

A cocaína é um alcalóide extraído das folhas da coca (*Erythroxylon coca*), planta originária dos altiplanos andinos. A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz uma pasta de natureza alcalina, denominada pasta base de cocaína

(ROBLES, 2001). O refino da pasta origina a cocaína em pó (cloridrato de cocaína), apresentação mais conhecida em nosso meio. A cocaína é uma droga estimulante do SNC. Tem uma aparência de pó branco e brilhante. Pode ser consumida por aspiração nasal ou de forma injetável. Seu efeito a curto prazo é de extrema excitação, perda de apetite, sensação de força e disposição, euforia e eloquência. A longo prazo causa impotência, frigidez, perda de sono, depressão, compulsão, onipotência, perda dos vínculos afetivos, parada cardíaca e respiratória, diminuição cognitiva, ansiedade e ideias suicidas. Para a cocaína, ao contrário do que ocorre para a maconha, não há seu uso para fins medicinais. Alguns sinais podem ser pistas para detecção do uso de cocaína: excitabilidade, hematoma nos braços(para usuários da forma injetável), olhos arregalados e brilhantes, perda de apetite, isolamento, coriza, eczema nas narinas. O tratamento da dependência baseia-se na suspensão da droga, psicoterapia, sedação em casos extremos, grupo de apoio e orientação familiar (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL, 2010).

O primeiro episódio de consumo de crack normalmente acontece durante a adolescência, o que torna os levantamentos epidemiológicos com os estudantes importantíssimas fontes de dados do consumo dessas substâncias psicoativas. Tal fenômeno é marcado pela defasagem escolar; falta às aulas; baixo nível socioeconômico; relacionamento ruim com os pais ou ausência destes e/ou pais permissivos ao uso; presença de maus tratos na infância e juventude; e ausência de prática religiosa (MENDONÇA, 2010).

O perfil juvenil, desempregado, com baixa escolaridade, mínimo poder aquisitivo, proveniente de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de drogas injetáveis e alcoolismo, além do comportamento sexual de risco, do usuário/dependente torna-o vulnerável e dificulta a sua adesão ao tratamento, com necessidades de abordagens mais intensivas e apropriadas a cada fase terapêutica (MENDONÇA, 2010).

O consumo da cocaína pode se dar por qualquer via de administração, com rápida e eficaz absorção pelas mucosas oral e nasal e pela via pulmonar (VARGAS, 2011). A euforia desencadeada reforça e motiva, na maioria dos indivíduos, o desejo por um novo episódio de consumo, porém quanto mais rápido o início da ação, quanto maior a sua intensidade e quanto menor a sua duração, maior será a chance de o indivíduo evoluir para situações de uso nocivo e dependência. Esses fenômenos são todos influenciados pela via de administração escolhida (SILVA et al, 2010). Desse modo, a via de administração é um importante fator de risco para o uso nocivo e para dependência.

O uso prolongado da cocaína está relacionado à alteração da função sistólica ventricular esquerda por hipertrofia ou dilatação miocárdica, aterosclerose, disritmias, apoptose de cardiomiócitos e lesão simpática. A cocaína estimula os receptores beta e alfa-adrenérgicos levando ao aumento do inotropismo cardíaco e, conseqüentemente, do trabalho cardíaco. Adicionalmente, com estímulo dos receptores alfa-adrenérgicos nas coronárias, há aumento da resistência vascular coronariana e redução do fluxo sanguíneo. Além da toxicidade inerente à substância, a presença concomitante de patologias nos órgãos mais afetados pela ação simpatomimética da cocaína torna seus portadores ainda mais susceptíveis à complicações (coronariopatia, hipertensão arterial sistêmica, aneurisma, epilepsia e DPOC) (BAUMANN, 2000).

5.2.5.2 Complicações Psiquiátricas

As complicações psiquiátricas são o principal motivo de busca por atenção médica entre os usuários de cocaína (MARQUES et al, 2012). Elas podem decorrer tanto de episódios de intoxicação aguda quanto da síndrome de abstinência da substância. Além de ser responsável pelo aparecimento de uma série de transtornos psiquiátricos tanto agudos como disforia (irritação), ansiedade, agitação, heteroagressividade, sintomas paranóides e alucinação quanto crônicos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

A dependência é a principal complicação crônica relacionada ao consumo de cocaína. Até o momento, nenhum medicamento mostrou-se eficaz para proporcionar alívio aos sintomas de abstinência, tampouco para atuar sobre o comportamento de busca da substância (LIMA et al, 2002). As condutas a esse respeito têm sido tomadas a partir da prática clínica sem, no entanto, haver evidências científicas comprobatórias.

O crack é uma forma de cocaína acessível para a população de usuários de drogas. É preparado pelo aquecimento de solução aquosa do cloridrato de cocaína com substância básica (geralmente bicarbonato ou hidróxido de sódio). Aquecida, a mistura torna-se uma substância oleosa que, ao ser resfriada em banho de gelo, sofre precipitação da base livre. Esta tem a forma de cristais irregulares, parecidas com pedras, nome pelo qual é vulgarmente referida e sendo assim pode ser fumada (STROEHER, 2010). Os efeitos produzidos pela droga são rápidos e intensos. Entretanto, tais efeitos de pouca duração, fazendo com que o usuário procure imediatamente outra “pedra” para fumar. A continuidade no uso potencializa os prejuízos à saúde física, aumenta as possibilidades de dependência e os danos sociais (NASSIF, 2003).

Os dois levantamentos domiciliares nacionais, em 24 cidades com mais de 200.000 habitantes, realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), demonstraram que o consumo de crack dobrou e que a região sul foi a mais atingida, aumentando o uso na vida de 0,5% para 1,1%, seguida pela região sudeste, com 0,8%. Na região norte, observou-se o maior uso na vida de merla (1,0%), outra forma de cocaína fumada (GALDURÓZ et al, 2005). Interfaces dos usuários de crack com outros comportamentos foram determinando mais complicações, como a associação à infecção pelo HIV, assim como com atos violentos e crime (MALTA et al, 2008).

Os serviços ambulatoriais especializados para tratamento da dependência começaram a sentir o impacto do crescimento do consumo a partir do início dos anos 1990, quando, em alguns centros, a proporção de usuários de crack foi de 17% (1990) para 64% (1994) (MARQUES, 2012).

Os usuários de cocaína e crack têm muita dificuldade na busca de tratamento especializado, pois não reconhecem o problema, enfrentam preconceito pela ilegalidade da droga ligada à criminalidade, o acesso ao tratamento é difícil e os serviços especializados não oferecem a intervenção ajustada às suas necessidades (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

A maioria (62,8%) dos usuários de crack apresenta critérios positivos para dependência ao longo de sua carreira de consumo (FALCK; WANG; CARLSON, 2008). Quando comparado ao usuário de cocaína intranasal, o usuário de crack se expõe mais ao risco de dependência porque utiliza a droga com mais frequência, em maior quantidade e tem mais sensibilidade aos efeitos da substância (CHEN, KANDEL, 2002). Os usuários de crack iniciantes parecem possuir um risco duas vezes maior de dependência que usuários de cocaína inalada, independentemente de gênero, etnia, associação a álcool ou tempo de consumo (CHEN; ANTHONY, 2004). O risco de dependência é mais “explosivo” com o uso da cocaína, em comparação ao da maconha e do álcool (WAGNER; ANTHONY, 2007).

Quanto às complicações pulmonares decorrentes do uso agudo de crack, os sintomas mais comuns, que se desenvolvem horas após o uso, são: dor torácica, dispneia, tosse seca ou com eliminação de sangue e/ou material escuro (resíduos da combustão) e febre. A agressão térmica, a inalação de impurezas, o efeito anestésico local e a vasoconstrição, que causam inflamação e necrose, são os principais responsáveis pelas lesões das vias aéreas. Hemoptise ocorre em 6% a 26% dos usuários. Derrames pleurais também podem estar presentes

(RESTREPO et al, 2007). Ainda há poucos estudos que relacionam diretamente o risco de tuberculose e outras infecções em usuários de crack e cocaína (STORY; BOTHAMLEY; HAYWARD, 2008). O usuário de crack necessita de avaliação pulmonar específica (RESTREPO et al, 2007). A indicação de tratamento de desintoxicação curta pode aumentar a adesão dos tratamentos subsequentes (SHEPARD et al, 2002) (FORD; ZARETE, 2010).

5.2.6. Dependência

Tomando como referência o “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, 4a Ed., (DSM-IV-TR), a caracterização da dependência de substâncias faz-se através de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam a utilização continuada da substância, não obstante os graves problemas consequentes ao seu uso.

Todas as drogas e fármacos, lícitos (como o tabaco ou o álcool) ou ilícitos (como a cannabis, heroína ou cocaína) provocam alterações a nível do sistema nervoso e são susceptíveis de criar dependência psicológica e/ou física (FERREIRA, 2008).

Antes, segundo as primeiras teorias, a dependência era caracterizada pela manifestação da síndrome de abstinência. Se os sinais e sintomas da abstinência eram intensos, falava-se que o fármaco causava dependência física; e se os sinais e sintomas fossem leves, o fármaco causava dependência psíquica. Sabe-se hoje que dependência e abstinência são fenômenos independentes e dependência física e psíquica não explicam o fenômeno envolvido. Atualmente, é possível ser dependente sem haver síndrome de abstinência e haver a síndrome sem a dependência. Como exemplo temos o uso prolongado de morfina, quando da sua interrupção, pode provocar síndrome de abstinência, mas o paciente não é dependente desse fármaco, pois não tem comportamento compulsivo de consumo. Além disso, fármacos como o propranolol, um beta-bloqueador, pode causar síndrome de abstinência e não causar dependência. A síndrome de abstinência se manifesta devido a neuroadaptação do organismo ao uso continuado da droga, ou seja, o organismo assume um estado de equilíbrio contando com o fármaco ou droga. Com sua retirada abrupta, o organismo tem como manifestações sinais e sintomas de desequilíbrio devido a sua falta.

Alguns sinais e sintomas são contrários aos efeitos produzidos pela droga ou fármaco, como exemplo temos os efeitos da morfina, ela causa diminuição da mobilidade gastrointestinal e provoca miose, enquanto sua síndrome de adstringência provoca hipermotilidade gastrointestinal e midríase (OGA, 2008).

5.2.7 Saúde Mental

A coexistência de transtorno psiquiátrico na dependência química é maior do que na população em geral (COMPTON, 2007). Dentre estes, a depressão tem sido identificada como prevalente em estudos epidemiológico e em amostras clínicas (HEPNER, et al, 2009); (PORTUGAL; CORRÊA; SIQUEIRA, 2010). Em sujeitos com dependência química este transtorno está associado a pior qualidade de vida (CASTRO; MATSUO; NUNES, 2010) e a significativas implicações clínicas (DAUGHTERS, 2008). Além disto, a maior intensidade dos sintomas depressivos está associada também à maior gravidade da dependência química (KESSLER, 2007), sendo portanto o uso abusivo de drogas um determinante/preditor de abandono de terapias, não só pelo fato em si como também pela possibilidade de comorbidade psiquiátrica coexistente (MARINI, 2011).

No ambiente laboral, o comportamento do usuário de drogas pode ter algumas consequências e riscos como acidentes, absentismo, falta de pontualidade, pressão sobre os colegas, custos de substituição, custos com indenização, diminuição da produção (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2008).

5.2.8 Epidemiologia

5.2.8.1 Consumo de drogas no mundo

De acordo com a própria Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Quando somados os valores para uso de cannabis, estimulantes (anfetaminas ou êxtases), cocaína, opiáceos e heroína, a prevalência anual ultrapassa 200 milhões de pessoas, sendo que, aproximadamente 4,9 milhões seguem tratamentos por consumo de drogas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

5.2.8.2 Consumo de drogas no Brasil

O número de dependentes químicos, no Brasil, cresce em torno de 10% ao ano. As estatísticas se referem aos dependentes químicos de drogas lícitas como fumo e álcool e aos dependentes de drogas ilícitas como maconha e cocaína. Também integram a relação das drogas que causam dependência os solventes e alguns medicamentos comprados livremente em farmácias e drogarias (MACHADO et al, 2010).

Segundo dados apresentados pelo II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas envolvendo as 108 maiores cidades brasileiras, aproximadamente 23% da

população entrevistada já fez uso de qualquer droga ilícita na vida (GALDURÓZ; CARLINI, 2006).

Os dados referentes ao crack, droga com alto potencial nocivo em curto intervalo de tempo, destacam um aumento do consumo nos últimos anos no Brasil. Estima-se que em 2001, 0,4% da população já havia feito uso na vida de crack e em 2005 este valor aumentou para 0,7%. A faixa etária de “25 a 34 anos do sexo masculino” apresentou consumo mais prevalente, tanto em 2001 quanto em 2005, sendo que o índice de prevalência subiu de 0,7 para 1,5 no último estudo ((GALDURÓZ; CARLINI, 2006).

5.2.9 Política Nacional Antidrogas

No campo das políticas públicas no Brasil, vê-se que o tema em sido tratado de modo pontual. Sempre foi um desafio para as práticas de saúde aliar o âmbito clínico de intervenção com o da saúde coletiva. O primeiro tem como seu foco as manifestações individuais das alterações da saúde, enquanto que o segundo efetua um outro tipo de corte, tomando a incidência e a prevalência das alterações em plano coletivo (BRASIL, 2004).

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de "tratamento") baseia-se na associação drogas/comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência.

Existe uma tendência mundial que aponta o aumento do uso de substâncias psicoativas, sendo que tal uso também ocorre de forma cada vez mais pesada. Como consequência, temos altos índices de abandono escolar, bem como o rompimento de laços sociais que reforçam a percepção pública deste uso como próximo ao crime, faltando a compreensão do fenômeno como reflexo de questões multifatoriais.

A Lei Federal 10.216 de 2001 (BRASIL, 2002c) que é o instrumento legal e normativo máximo para a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas encontra-se em sintonia com os pressupostos da Organização Mundial da Saúde (LOYOLA; MACEDO, 2002).

O lançamento da Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2005a) oficializou, portanto, a determinação governamental de conduzir o país para uma realidade livre das ameaças das drogas, e estabeleceu a "linha mestra" para as ações antidrogas, sinalizando os rumos e os

caminhos para que as forças nacionais públicas e privadas pudessem atuar de forma coordenada e sintonizada.

A Política estabeleceu importantes orientações para a ação nacional de combate às drogas, como a necessidade de buscar fundamentação técnica e científica para os programas, projetos e atividades antidrogas, por meio da aplicação regular de pesquisas/levantamentos nacionais e realização de estudos. Além disso, contemplou a preocupação com o desenvolvimento de um modelo de gestão empreendedor para a condução das ações nacionais, estaduais e municipais, dotado de sistemas de informação, de planejamento, acompanhamento e avaliação, que permitissem coerência, eficiência, eficácia e efetividade ao Sistema Nacional Antidrogas.

É importante mencionar que, em sua Política Nacional Antidrogas, o Brasil assumiu postura inovadora, concedendo especial atenção à dimensão da redução da demanda de drogas, no entendimento de que somente por meio da prevenção primária é possível atingir as causas do problema, cortando o mal pela raiz. Com isso, reconhece que é importante evitar os primeiros desvios e que, nesse aspecto, a educação sistemática - principalmente dos jovens - para o reconhecimento dos efeitos negativos, individuais e sociais do uso indevido de drogas e para a valorização de uma vida saudável parece ser o caminho viável e sensato para uma realidade livre das ameaças representadas pelas drogas. Neste sentido, busca conscientizar o usuário de drogas ilícitas quanto ao seu papel nocivo ao alimentar as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de renda.

Como importante e inovador conceito - que reflete o anseio da sociedade brasileira - a política reconhece a diferença entre o usuário ou dependente e o traficante de drogas, admitindo que a dependência - antes de se configurar crime, deve ser considerada uma doença, precisando receber tratamento adequado.

A Política afirma, ainda, a opção brasileira pela municipalização das ações como estratégia adequada para conceder a necessária capilaridade à mensagem antidrogas e potencializar a participação do setor privado e da sociedade civil no esforço de combate às drogas. Dessa forma, atribuiu aos municípios brasileiros o papel desafiador de atuar como instância de formação de uma consciência social refratária ao consumo indevido de drogas e aos Estados a tarefa de acompanhá-los na sua esfera de atividades, tudo em consonância com a Secretaria Nacional Antidrogas - Senad, cuja missão, como órgão executivo do Sistema Nacional Antidrogas, é a de articular, organizar e orientar, em nível nacional, as ações da

Política Nacional Antidrogas, estimulando a sua municipalização. E esse trabalho a Secretaria vem desenvolvendo com o inestimável auxílio da Rede Integrada Senad - Conselhos Estaduais de Entorpecentes, a cada dia mais fortalecida pela mobilização que já se faz sentir no país (BRASIL, 2005b).

5.2.10 Drogas e os Serviços de Saúde

A mudança de atitude diante desse problema e de suas graves consequências deve provir inicialmente dos órgãos públicos. Na busca do conhecimento sobre o tema, é preciso, primeiramente, mudar a postura e evitar a negação do problema para o enfrentamento de questões como o uso de substâncias psicoativas, e, depois, promover ações pautadas em parâmetros humanitários e de respeito à cidadania (MARTINS et al, 2009).

5.2.11 Saúde Mental na Atenção Básica

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que esse número tem aumentado de modo progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento (MOLINA, 2012).

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge a cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas (BRASIL, 2004b).

A depressão incide em cerca de 10 a 25% dos pacientes que procuram um serviço de atenção primária à saúde (ARANTES, 2007). No Brasil, a prevalência de depressão na população geral ao longo da vida é de aproximadamente 17% (ANDRADE, 2002). Sabe-se que o diagnóstico de depressão costuma ser prejudicado pela presença frequente de comorbidades, pela dificuldade da equipe de saúde em reconhecê-la e pela falta de atenção à saúde mental no sistema de saúde primário. Estudos mostram que 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados ou não recebem tratamento adequado e específico (ANDRADE 2012), o que indica uma grande deficiência no diagnóstico e no tratamento da depressão na prática geral, apesar da existência de muitos instrumentos que podem ser facilmente utilizados em ambulatórios gerais, tanto para rastreamento quanto para diagnóstico (ARANTES, 2007).

Os transtornos fóbico-ansiosos caracterizam-se por extrema sensação de medo irracional, relacionada a objetos ou animais que na verdade não oferecem perigo real e proporcional à intensidade do medo (DALGALARRONDO, 2000). Um estudo nacional nos E.U.A. aponta que os transtornos de ansiedade representam pouco mais de 18% dos transtornos psiquiátricos, sendo que dentre estes, a fobia específica é a mais prevalente (quase 9%), seguida pela fobia social (quase 7%) (KESSLER et al, 2005). Deve ser sublinhado que cerca de 20% apresentam níveis de ansiedade e estresse graves ou muito graves (APÓSTOLO, 2011)

A doença do pânico é caracterizada por ataques recorrentes de pânico, sendo imprevisível o início destes ataques os quais são constituídos por grande apreensão, medo ou terror, muitas vezes associado à sensação de morte iminente e desconforto físico. Já o distúrbio de ansiedade generalizada é caracterizada por preocupação crônica, excessiva por motivos infundados (TOWNSEND, 2002).

5.3 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE E O USO ABUSIVO DE DROGAS

O sucesso no tratamento da tuberculose é largamente dependente da adesão do paciente ao esquema adotado. O esquema terapêutico atualmente em uso é altamente efetivo — e fornecido gratuitamente — com capacidade para curar praticamente todos os casos. Em uma significativa parcela dos indivíduos acometidos, entretanto, o esperado sucesso não ocorre, principalmente por causa do uso irregular da medicação e o abandono do tratamento. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA , 2004; LONNROTH, RAVIGLIONE, 2008)

Ao iniciar o tratamento para tuberculose, o paciente se depara com uma mudança de compreensão da sua integridade física. A duração do tratamento, a quantidade de medicamentos e as possíveis complicações e efeitos colaterais fazem com que o paciente desenvolva uma atitude passiva para com o tratamento, aceitando os cuidados e procurando ser o mais fiel ao plano terapêutico. Isso seria uma realidade se não fosse os percalços por que passam os usuários de drogas, muitos deles com alterações de fundo psiquiátrico, sem qualquer diagnóstico ou acompanhamento.

No início do tratamento, os pacientes são orientados a como usar as medicações e um cuidado muito grande se faz presente na tentativa de evitar o possível abandono desse tratamento.

Apesar disso, o que se observa é a falha do tratamento, por vezes recorrente, de pacientes que por algum motivo, de ordem social, psicológica ou ambiental, deixam de seguir com o tratamento da enfermidade, escolhendo o caminho da “possível cura” sem a medicação.

O abandono do tratamento para tuberculose é mais frequente quando o paciente é usuário de drogas, sejam estas lícitas ou ilícitas (ASGHAR, et al, 2009)

Os paciente tem a percepção de que o uso de drogas durante o tratamento para tuberculose é prejudicial à saúde (SILVA, LAFAIETE, DONATO, 2011). Muitos deles abandonam o tratamento após alguns meses do seu início para voltar ao consumo de drogas ou resolvem pela internação num ato de desespero em tentar dessa forma conseguir finalizar seu tratamento (RAMOS, GORELIK, KRISTENSEN, 2010).

A tuberculose é curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios corretos da quimioterapia sejam seguidos. As mudanças recentes mais importantes na historia natural da tuberculose estão associadas à epidemia de HIV e ao surgimento de resistência aos tuberculostáticos(CAMPANI, MOREIRA, TIETBOHEL, 2011;

Muitos trabalhos mostram a associação do abandono com o uso de drogas, principalmente o álcool (VIEIRA, RIBEIRO, 2008; CAMPANI, MOREIRA, TIETBOHEL, 2011; OLIVEIRA, MOREIRA FILHO, 2000). Em tempos de epidemia do uso de crack, este se torna importante fator no desenvolver (adoecer) e na transgressão ao tratamento da tuberculose, o que implica na manutenção da cadeia replicadora de transmissão do bacilo, seja na familiar, grupo social ou comunidade.

5.3.1 Quando o tratamento deve ser compulsório

A TB não é uma doença individual, mas sim social, que se espalha através do ar aos outros membros da sociedade (sem o seu consentimento e sem o seu conhecimento), prevenível e curável, desde que diagnosticada e tratada corretamente. Baseando-se nessa premissa, alguns entendimentos judiciais são adotadas para favorecer e resguardar os indivíduos e a sociedade do contágio com a tuberculose.

Não obstante, as famílias, na ânsia de acabar definitivamente com o problema da dependência e desacreditadas com o tratamento “demorado” disponibilizado na rede pública, acabam procurando o Judiciário para fazer valer a sua vontade de internar involuntariamente seu parente usuário de drogas (NOVAES, 2014).

No caso do tratamento para uso abusivo de drogas, há previsão em Lei Federal “Lei Federal de Psiquiatria” (Nº 10.216, de 2001) que diz que a internação involuntária pode ser

solicitada por familiar, desde que o pedido seja feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra. A Lei determina que, nesses casos, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público da comarca sobre a internação e seus motivos. O objetivo é evitar a possibilidade de esse tipo de internação ser utilizado para a prática de cárcere privado. Já na internação compulsória, não é necessária a autorização familiar. O artigo 9º da lei 10.216/01 estabelece a possibilidade da internação compulsória, sendo esta sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a sua condição psicológica e física (BRASIL, 2001).

Não se pode afirmar que todas as pessoas que abusam de drogas perdem a sua capacidade de tomar decisões racionais. A questão de se o consentimento da parte do dependente é um pré-requisito necessário para que o tratamento da dependência das drogas seja eficiente é uma que continua sendo um assunto de debate. Pelo menos algum grau de motivação é desejável, mesmo porque, como uma questão prática, ela geralmente leva a melhores resultados. Entretanto, muito tem a ver com as circunstâncias específicas individuais, e a questão desafia generalizações de qualquer natureza. Declarações gerais de que o tratamento obrigatório é uma violação aos direitos humanos do dependente não são úteis na prática e, no final das contas, não são baseadas na realidade da dependência as drogas (TAKAHASHI, 2009).

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo, realizada entre agosto de 2013 a abril de 2014, que tem como objetivo investigar o perfil, condições de saúde e causas do abandono do tratamento por pacientes com tuberculose pulmonar, onde a amostra foi a própria população portadora de tuberculose atendida no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012, no Centro de Saúde da Família Rigoberto Romero (CSFRR), situado na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, na região Nordeste do Brasil.

6.2 Local de Estudo

O CSFRR localiza-se no bairro Cidade 2000, Regional II, Fortaleza, Ceará. Tem uma abrangência de atividades que amplia sua atuação para outros bairros vizinhos a saber: Papicu, Dunas, Aldeota, Varjota, Meireles, Praia do Futuro, Cocó, De Lourdes, Vicente Pizon.

Grandes áreas de risco ambiental fazem parte deste conglomerado de bairros. Entende-se como áreas de risco ambientes impróprios para o assentamento humano por estarem sujeitas a riscos naturais ou decorrentes da ação antrópica. O processo de favelização em áreas de invasão é encontrado em diversos pontos da área de abrangência do CSFRR, como exemplo temos a favela do Pau Fininho às margens da Lagoa do Papicu; a favela do Gengibre, situada às margens da lagoa do mesmo nome; Comunidade das Areias, vizinha do Pau Fininho, favela do Trilho, ao lado de uma ferrovia ainda em atividade; e a comunidade Verdes Mares, cercada de prédios de luxo e rota de grandes avenidas.

O número de famílias cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde da família que são em número de cinco, é de 6.493, sendo um total de 29.266 pessoas cadastradas, com uma população na área de abrangência de aproximadamente 60.000 habitantes. Dentre os programas de atendimento em Atenção Primária destacam-se a atenção a saúde da criança, da mulher, do idoso e, na atenção saúde do adulto, os cuidados com pacientes diabéticos, hipertensos, e tuberculosos. Neste último item, observamos uma grande melhora e organização do atendimento com a chegada da Estratégia de Saúde da Família em 2006. Segundo o livro de registro de pacientes com TB, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012, foram atendidos, nesta unidade, 159 casos de tuberculose dos quais 144 foram de tuberculose pulmonar, foi esta portanto, a população do estudo.

6.3 Critérios de Inclusão

-Pacientes cadastrados pela estratégia de saúde da família com 18 anos de idade completos no ano de 2013;

-Pessoas com diagnóstico de tuberculose pulmonar inscritas no livro de notificação de TB confirmados por baciloscopia ou cultura e que tenham encerramento do caso por cura ou abandono, no período de janeiro de 2009 até dezembro de 2012.

6.4 Critérios de Exclusão

- Pacientes que tiveram mudança de endereço ou endereço não encontrado
- Pacientes que foram a óbito.

6.5 Os Instrumentos

Dentre os instrumentos que foram utilizados nesta pesquisa destacam-se quatro formulários, a saber:

A) Questionário geral (apêndice B), que aborda variáveis de

- aspectos demográficos: sexo, idade, número de pessoas no domicílio, estado civil, local de nascimento.
- aspectos socioeconômicos: escolaridade, ocupação, renda, condições de moradia.
- hábitos sociais: consumo/abuso de álcool, tabaco e outras drogas.
- condições de saúde: quanto à tuberculose e suas co-morbidades, hospitalizações, presença de HIV/aids

B) Questionário Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-ASSIST (anexo A) voltado para análise da dependência química.

Sob a coordenação da OMS, pesquisadores de vários países desenvolveram um instrumento para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias químicas psicoativas, denominado ASSIST (WHO, 2002). Este instrumento foi traduzido para várias línguas, inclusive para o português, tendo sido testado quanto à sua confiabilidade e factibilidade, quando aplicado por pesquisadores (HENRIQUE, et al, 2004). Algumas características do ASSIST sugerem que ele seja adequado para uso em serviços de assistência não especializados: sua estrutura padronizada, rapidez de aplicação, abordagem simultânea de várias classes de substâncias, facilidade de interpretação e a possibilidade de ser utilizado por profissionais de saúde de formações diversas.

O questionário ASSIST revisado consiste em oito questões (ASSIST Versão 2.1). As questões de um a sete se referem ao uso e problemas relacionados ao tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes tipo anfetaminas, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opiáceos. Substâncias químicas adicionais que não fazem parte desta lista podem ser investigadas na categoria outras.

Questão 1 se refere a quais substâncias químicas capazes de causar dependência a pessoa já usou na vida.

Questão 2 se refere à frequência do uso de cada uma dessas substâncias nos últimos três meses, que dá a indicação de qual substância é mais relevante para o estado de saúde atual.

Questão 3 se refere à frequência de compulsão manifestada para cada substância usada nos últimos três meses.

Questão 4 se refere à frequência de problemas de saúde, social, legal ou financeiro relacionados ao uso de cada substância nos últimos três meses.

Questão 5 se refere à frequência em que o uso de cada substância interferiu nas responsabilidades gerais nos últimos três meses

Questão 6 se refere às substâncias já usadas e pergunta se alguém se preocupou com o uso desta pelo paciente e há quanto tempo isso aconteceu.

Questão 7 se refere ao fato de o paciente já ter tentado e não conseguido diminuir ou deixar o uso de cada substância mencionada e há quanto tempo isso ocorreu.

A análise conjunta das questões fornece uma indicação do uso nocivo ou problemático e da dependência as substâncias químicas investigadas. Os escores em pontuações médias no

ASSIST são indicativos de uso nocivo ou problemático dessas substâncias. A dependência química é particularmente indicada pela tentativa e insucesso de diminuir a compulsão do usar. Aqueles que apresentam escores altos no ASSIST são provavelmente dependentes e em alto risco de danos por uso dessas substâncias.

A questão 8 é focada no uso injetável e investiga se o paciente já injetou alguma das substância investigada. A injeção é tratada separadamente porque esta é uma atividade de risco particularmente alto, associada com o aumento de risco de dependência, doenças contraídas pelo sangue, tais como HIV e hepatite C e com altos níveis de outros problemas relacionados ao uso de drogas e fármacos que causam dependência.

Pontuação e Interpretação

Cada questão do ASSIST apresenta resposta estruturada e cada resposta apresenta um escore numérico. O entrevistador simplesmente circula o escore numérico que corresponde à resposta do paciente para cada questão. No fim da entrevista, esses escores são somados para se chegar ao escore final do ASSIST. Podemos calcular dois tipos de escores distintos: escore de Envolvimento com Substâncias Específicas, que corresponde a soma da pontuação às respostas das questões 2-7 dentro de cada classe de substância usada; Escore do Envolvimento Total com Substâncias, que é a soma dos escores (continuum global de risco) das questões 1-8 para todas as classes de substâncias usadas.

O escore mais útil para a triagem e para a clínica é o Envolvimento com Substâncias Específicas para cada classe dessas substâncias usada. Ele fornece uma medida de uso e problemas dos últimos três meses para cada substância investigada no ASSIST e alerta para o risco de futuros problemas relacionados ao uso de drogas. Cada paciente pode ter até 10 escores de Envolvimento com Substâncias Específicas dependendo de quantos diferentes tipos de substâncias ele usou.

O escore do Envolvimento com Substâncias Específicas é calculado pela soma das respostas das Questões 2-7 para cada uma das seguintes classes de drogas: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inalantes, sedativos/hipnóticos, alucinógenos, outros. O escore máximo do Envolvimento com Substâncias Específicas possível no ASSIST para tabaco é 31. Para todas as outras substâncias o escore máximo possível é 39.

Pacientes com escores do Envolvimento com Substâncias Específicas menores que 3 (ou 10 no caso de álcool) estão sob baixo risco de apresentar problemas relacionados ao uso dessas substâncias. Apesar do uso ocasional, no estado em que se encontram eles não apresentam nenhum problema e estão sob baixo risco, se continuarem com o mesmo padrão de consumo.

Escore médio entre 4 (ou 11 para o álcool) e 26 são indicativos de uso nocivo ou problemático de substâncias. Pacientes com escores nessa faixa apresentam risco moderado de passar por problemas por causa de seu padrão de uso. O risco é aumentado para aqueles com história passada de problemas ou dependência química.

Escore acima de 27 para qualquer substância sugerem que o paciente está sob alto risco de dependência e, provavelmente, está passando por problemas de saúde, sociais, financeiros, legais ou de relacionamento, por causa do seu uso.

A Questão 8 do ASSIST pergunta sobre o uso recente de substâncias injetáveis. Embora o escore 8 do ASSIST não esteja incluído nos Escores do Envolvimento com Substâncias Específicas, o uso injetável nos últimos três meses (escore 2 na questão 8) é um fator de risco para esses pacientes os quais devem ser avaliados de forma mais detalhada quanto aos níveis de risco e padrões de uso nos últimos três meses.

Pacientes que injetaram mais de uma vez por semana, ou injetaram durante três ou mais dias consecutivos estão sob alto risco de experimentar danos, incluindo dependência química, infecção ou doenças transmitidas por via sanguínea. Estas pessoas necessitam de um tratamento mais intensivo. Pacientes que usaram drogas por via injetável com menor frequência do que as descritas acima têm um risco reduzido e podem receber a intervenção breve.

Para avaliar a influência do consumo de substâncias químicas que causam dependência sobre o abandono do tratamento da tuberculose, consideramos como variável dependente as pessoas que abandonaram o tratamento da tuberculose no período do estudo e como variável independente o consumo dessas substâncias.

6.6 Coleta de Dados

A formação do banco de informações fundamentou-se na base de dados das fichas de notificação arquivadas no CSFRR associada ao registro destes nos livros de registro e controle de tratamento dos casos de tuberculose (Livro Verde), do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Para coleta das informações adicionais (que não constavam na base de dados das

ficha de notificação e nos dados de acompanhamento do caso no Livro Verde), realizou-se visita domiciliares e estas foram registradas em fichas padronizadas (Apêndice B). Estas informações dizem respeito ao local de nascimento, número de cômodos, média de renda mensal, hospitalização, institucionalização e uso de substâncias químicas que causam dependência.

Pesquisaram-se as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas da infecção e de comportamento. Os dados coletados foram os seguintes: idade, sexo, cor, estado civil, local de nascimento, escolaridade, situação de emprego e renda, endereço, número de cômodos no domicílio, forma clínica, tipo de entrada, data do início e encerramento do tratamento, motivo do encerramento, número de contactantes no domicílio, número de contactantes examinados, história de institucionalização, hospitalização, contato anterior com paciente sabidamente tuberculoso, agravos associados, exame HIV, tabagismo, alcoolismo, uso de substâncias químicas que causam dependência. (APÊNDICE B).

Com esse questionário pré-respondido, os agentes comunitários de saúde foram acionados para fazer o convite aos aptos para a participação da pesquisa, além de complementar dados que precisassem ser coletados. Nesta segunda fase, foram excluídos os não encontrados e os que recusaram participar da pesquisa. O convite se referia a fazer uma consulta pré-agendada para avaliação médica do estado geral de saúde pós tratamento da tuberculose. No momento da consulta seria apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e preenchido o questionário ASSIST, caso o paciente se declarasse usuário de uma das substâncias em questão. Sendo o paciente faltoso, era agendado visita domiciliar para estabelecer o contato.

6.7 Análise Estatística

Inicialmente, foi realizada a identificação dos questionários por um código numérico. Pacientes que tiveram mais de uma entrada, foram contabilizados pelo número de entradas, sendo o seu código identificador inalterado. No total, tivemos 116 entradas.

As informações coletadas foram inseridas em um banco de dados usando o programa Numbers, versão 2014. Para a comparação das variáveis contínuas (idade) usou-se o teste T de Student. O Teste do Qui quadrado foi utilizado na análise das variáveis categóricas. Realizaram-se, por fim, testes de Análise Multivariada dos fatores de risco sobre as chances de abandono (Razão de Prevalência). O nível de significância adotado foi de 5,0%.

Para formar dois grupos de comparação, para o objetivo do estudo, foi usado o motivo do encerramento do caso registrado no livro de pacientes com tuberculose: grupo (1) - abandono, com 41 registros; grupo (2) - alta por cura ou conclusão do tratamento, aqui incluídos 71 registros. Considera-se abandono como desfecho os casos de pacientes que deixaram de comparecer a Unidade de Saúde por mais de 60 dias após a última consulta, ficando sem a medicação por pelo menos 30 dias. Considera-se cura como desfecho os casos de pacientes que completaram os seis meses de tratamento e que tiveram uma evolução baciloscópica favorável, isto é, com resultado negativo de duas baciloscopia de escarro negativas, uma na fase de acompanhamento até o final do quarto mês, e outra no final do tratamento. Considera-se alta por conclusão do tratamento quando forem utilizados apenas critérios clínicos e radiológicos para o encerramento do caso devido a ausência de expectoração para realização do escarro (cura clínica não comprovada bacteriologicamente).

Na análise dos fatores associados ao abandono do tratamento, considerou-se como variável dependente o abandono (sim ou não) e como variáveis explicativas as seguintes: idade, sexo, estado civil, cor, anos de estudo, situação de emprego, renda, número de cômodos, caso novo, reingresso após abandono, história de contato com paciente diagnosticado para tuberculose, tratamento anterior para tuberculose, comorbidades.

A análise bivariada verificou a associação entre a(s) variável(is) independente(s) e a variável resposta (abandono ou não abandono), permitindo a identificação dos fatores de risco para o abandono de tratamento. Os dados foram analisados no programa Numbers, iWork, versão 2014.

Realizou-se a análise do risco de abandono do tratamento da TB calculando e avaliando a razão de prevalência (RP). O desfecho foi o abandono do tratamento da TB e os grupos de referência foram aqueles consagrados pela literatura como não exposto, em cada caso.

Foram utilizados o teste t de Student para a comparação de variáveis contínuas (idade) e o teste do qui-quadrado na análise das variáveis explicativas. O nível de significância adotado foi de 5,0%. Consideramos que uma RP menor que 1,5 não é de valor prático, portanto as demais variáveis não se mostraram consistentes.

Usamos tabelas de contingência para descrever as variáveis categóricas, que foram organizadas por grupo. Usamos o teste do t de Student para comparar as variáveis idade e anos de estudo, e o teste do qui-quadrado para comparar as demais variáveis categóricas, as

quais foram agrupadas em características sociodemográficas, história da tuberculose e por fim aspectos comportamentais envolvendo uso de tabaco, álcool e outras substâncias.

Consideramos como fumante todo paciente que fuma pelo menos um cigarro por dia há mais de um ano e alcoólatra aquele que referia beber excessivamente (pelo menos meia garrafa de aguardente por dia ou equivalente), com frequência, há anos.

6.7 Aspectos Éticos

Todos os participantes eram maiores de dezoito anos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CAAE nº 18922613.6.0000.5054) e pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Processo nº 2106133701680/2013).

7 RESULTADOS

A amostra inicial se consistiu de 147 pacientes selecionados dentre os 159 registros no livro de registro de pacientes com tuberculose e/ou notificados no SINAN onde quinze deles foram responsáveis por mais de uma entrada). Destes 147 pacientes, 44 foram excluídos: 09 foram transferidos devido a mudança de domicílio; 06 casos de tuberculose em menores de 15 anos; 16 casos de tuberculose extra pulmonar; 03 devido encerramento por óbito; 10 por não possuírem notificação, inviabilizando o preenchimento do questionário. Após a exclusão de todas as variáveis, tivemos um total de 116 eventos.

Como características demográficas temos que maioria dos pacientes são do sexo masculino (69,0%) com média de idade de 37,5 anos no momento do diagnóstico (intervalo de 15 a 76 anos), de cor parda (72,4%) e em sua maioria (67,2%) naturais de Fortaleza (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas dos pacientes com tuberculose pulmonar notificados no CSFRR, Fortaleza/Ceará, 2009-2012

| Variáveis | n | % |
|----------------------------|----------|----------|
| Faixa Etária (Anos) | | |
| 15 - 19 | 10 | 8,6 |
| 20 - 49 | 82 | 70,7 |
| 50 - 59 | 8 | 6,9 |
| > 60 | 16 | 13,8 |
| Gênero | | |
| Feminino | 36 | 31 |
| Masculino | 80 | 69 |
| Cor | | |
| Branca | 15 | 13 |
| Preta | 17 | 14,6 |
| Parda | 84 | 72,4 |
| Naturalidade | | |
| Fortaleza | 78 | 67,2 |
| Interior | 34 | 29,3 |
| Outro Estado | 4 | 3,5 |

Fonte: Autor

A tabela 2 mostra as características socioeconômicas, onde temos que 64% dos pacientes eram solteiros; 50% dos pacientes possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, com média de 06 anos de estudo; o desempregado foi citado por 37,0%; 78,4% moravam em domicílio que possuíam mais de dois cômodos, uma média de 04 cômodos/domicílio, com média de 4,2 contactantes, variando entre 0 a 15 pessoas. Pelos registros, foi observado que 43,4% dos pacientes não apresentavam informações quanto ao exame dos

Tabela 2 - Características socioeconômicas dos pacientes com tuberculose pulmonar notificados no CSFRR, Fortaleza/Ceará, 2009-2012

| Variáveis | n | % |
|----------------------------|----------|----------|
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 66 | 56,9 |
| Casado | 32 | 27,6 |
| União Estável | 4 | 3,4 |
| Viúvo | 5 | 4,3 |
| Separado | 9 | 7,7 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 19 | 16,3 |
| Ensino Fund Incompleto | 58 | 50 |
| Ensino Fund Completo | 9 | 7,8 |
| Ensino Médio Incompleto | 9 | 7,8 |
| Ensino Médio Completo | 17 | 14,7 |
| Ensino Superior Incompleto | 2 | 1,7 |
| Ensino Superior Completo | 2 | 1,7 |
| Situação de Emprego | | |
| Desempregado | 43 | 37,1 |
| Empregado | 35 | 30,2 |
| Autônomo | 16 | 13,8 |
| Aposentado | 12 | 10,3 |
| Estudante | 10 | 8,6 |
| Naturalidade | | |
| Fortaleza | 78 | 67,2 |
| Interior | 34 | 29,3 |
| Outro Estado | 4 | 3,5 |
| Número de Cômodos | | |
| < 2 | 25 | 21,6 |
| > 2 | 91 | 78,4 |

Fonte: Autor

Pelo levantamento de agravos associados, quatro pacientes eram HIV positivo (3,5%). Tabagistas perfizeram em total de 32%, mesmo valor encontrado para a presença de alcoolismo. O uso de drogas ilícitas na época do diagnóstico da tuberculose foi admitido por 28,5% dos pacientes. Lupus e Insuficiência Renal Crônica (IRC) foi relatado por um paciente cada, enquanto o Diabetes Mellitus estava presente em 5,2% dos casos. A gravidez foi relatada por duas pacientes (1,8%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Agravos referidos por pacientes em tratamento para Tuberculose no CSFRR, Fortaleza/Ceará, 2009-2012

| Agravos Associados | n | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Tabagismo | 37 | 31,8 |
| Alcoolismo | 37 | 31,8 |
| Uso de Drogas Ilícitas | 33 | 28,5 |
| Diabetes Mellitus | 6 | 5,2 |
| HIV Positivo | 4 | 3,5 |
| Hipertensão | 3 | 2,5 |
| Gravidez | 2 | 1,8 |
| Insuficiência Renal Crônica | 1 | 0,9 |
| Bronquite Alérgica | 1 | 0,9 |
| Anemia | 1 | 0,9 |
| Doença Mental | 1 | 0,9 |
| Lupus | 1 | 0,9 |
| Transplante Renal | 1 | 0,9 |
| Câncer | 1 | 0,9 |

Fonte: Autor

Quanto ao perfil epidemiológico do caso, 84,4% eram de casos novos, 13% de reingresso após abandono e 2,6% de recidiva. Vinte por cento dos participantes sabidamente eram contatos de pacientes com história de tuberculose. A maioria dos pacientes possuem um número de contactantes entre 3 e 5 pessoas. E, mesmo assim, 44% dos casos não apresentavam informações quanto ao exame dos contactantes. Havia história de hospitalização pela tuberculose em 11,30% dos pacientes. O motivo que levou ao encerramento do caso mostrou-nos um dado alarmante: 36% dos pacientes abandonaram o tratamento (Tabela 4).

Tabela 4 - Características epidemiológicas dos casos de tuberculose pulmonar no CSFRR , Fortaleza/Ceará, 2009-2012

| Variáveis | n | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Tipo de Entrada | | |
| Caso Novo | 98 | 84,4 |
| Reingresso após Abandono | 15 | 13 |
| Recidiva | 3 | 2,6 |
| Motivo da Saída | | |
| Alta Por Cura | 55 | 47,4 |
| Conclusão do Tratamento | 16 | 13,8 |
| Abandono | 41 | 35,3 |
| Transferência | 4 | 3,5 |
| Contato com Tb | | |
| sim | 23 | 19,8 |
| não | 93 | 80,2 |
| Contactantes Registrados | | |
| < 3 | 33 | 28,4 |
| 3 - 5 | 51 | 44 |
| > 5 | 30 | 25,8 |
| sem informação | 2 | 1,8 |
| Contactantes Examinados | | |
| < 3 | 34 | 29,3 |
| 3 - 5 | 23 | 19,8 |
| > 5 | 8 | 6,9 |
| sem informação | 51 | 44 |

Fonte: Autor

Na tabela 5 pode-se observar a prevalência do abandono segundo as variáveis demográficas, sócioeconômicas, epidemiológicas, hábitos sociais e condições de saúde.

Os pacientes do presente estudo eram jovens em idade produtiva. Não houve diferença significativa entre a média das idades dos dois grupos ($p > 0,75$). A prevalência do abandono foi maior entre os pacientes do sexo masculino (78,0%); não brancos (92,3%); solteiros (73,2%); com ensino fundamental incompleto (53,6%); com cinco ou mais anos de estudo (63,4%); desempregados (65,8%); com renda mensal menor que um salário mínimo (90,2%); com dois ou mais cômodos no domicílio (75,6%); entre os casos novos (65,8%); entre os que tiveram contato com tuberculosos (68,3%); que nunca se hospitalizaram (75,6%) ou foram institucionalizados (90,2%); fumantes (58,5%); usuários de bebidas alcoólicas (68,3%); usuário de drogas ilícitas (56,1%) e não HIV positivo (43,9%). Em ambos os grupos houve predomínio do sexo masculino, porém observamos uma diferença significativamente maior no grupo do abandono ($p = 0,0001$). Observou-se uma frequência significativamente maior de abandono no grupos de não brancos ($p = 0,0001$), apesar de nos dois grupos haver predominância dos não brancos. Nos dois grupos, abandono e cura/conclusão, o percentual de pacientes solteiros foi predominante, mas ao calcular o p para avaliar comparativamente os dois grupos, observamos que no grupos do abandono houve uma diferença significativa ($p = 0,002$). No grupo abandono o nível de escolaridade foi inferior ao do grupo cura/conclusão ($p = 0,017$). Houve associação entre abandono e desemprego ($p < 0,0001$) e reingresso após abandono.

Os pacientes que sabidamente mantiveram contato com pacientes com tuberculose, abandonaram mais que os que não possuíam esse contato ($p < 0,0001$). Pacientes com história de hospitalização por tuberculose mostraram uma taxa de abandono significativamente maior que os sem história de hospitalização, mesmo caso da institucionalização.

Quanto aos agravos associados, houve associação de abandono com uso abusivo de cigarro, álcool e drogas ilícitas ($p < 0,0001$). A drogadição, de um modo geral, mostrou-se associada ao uso das demais drogas lícitas, sugerindo uma sobreposição de variáveis.

Verificou-se ainda ocorrer um significativo maior número ($P 0,0003$) de indivíduos soro-positivos para HIV entre os casos de abandono.

Tabela 5 - Comparação entre grupos abandono e cura/controle em relação a variáveis Contínua

| Variáveis | Grupo Abandono n=41 | Grupo Conclusão/ Cura n= 71 | p |
|---------------------------|--------------------------------|--|----------|
| Idade (anos) ² | 36,6 [12,43] | 37,4 [16,61] | 0,75* |
| Sexo | | | 0,0001** |
| Masculino | 32 [78,0] | 45 [63,4] | |
| Feminino | 9 [22,0] | 26 [36,6] | |
| Cor | | | 0,0001** |
| Não Branca | 38 [92,3] | 60 [84,5] | |
| Branca | 3 [7,4] | 11 [15,5] | |
| Estado Civil | | | 0,002 ** |
| Casado | 9 [22,0] | 21 [29,6] | |
| Estável | 2 [5] | 2 [2,8] | |
| Solteiro | 28 [68,1] | 37 [52,1] | |
| Separado | 1 [2,5] | 8 [11,3] | |
| Viuvo | 1 [2,5] | 3 [4,2] | |
| Escolaridade | | | 0,017** |
| Analfabeto | 8 [19,5] | 10[14,1] | |
| Ensino Fund Incompleto | 22 [53,6] | 35 [49,3] | |
| Ensino Fund Completo | 1 [2,5] | 8 [11,3] | |
| Ensino Médio Incompleto | 3 [7,3] | 5 [7] | |
| Ensino Médio Completo | 6 [14,6] | 11 [15,5] | |
| Ensino Sup Incompleto | 1 [2,5] | 1 [1,4] | |
| Ensino Sup Completo | 0 | 1 [1,4] | |
| Anos de Estudo | | | 0,0003** |
| < 05 anos | 15 [36,6] | 30 [42,5] | |
| > 05 anos | 26 [63,4] | 41 [57,5] | |

1. Valores expressos em n [%], exceto onde indicado. Valores expressos em média [dp]. *Teste t Student. ** Teste do qui-quadrado.

Tabela 5 - Comparação entre grupos abandono e cura/controle em relação a variáveis
Continuação

| Variáveis | Grupo Abandono n=41 | Grupo Conclusão/ Cura n= 71 | p |
|----------------------------|------------------------|--------------------------------|------------|
| Situação de Emprego | | | < 0,0001** |
| Empregado | 8 [19,5] | 38 [59,4] | |
| Desempregado | 27 [65,8] | 26 [40,6] | |
| Renda Mensal | | | 0,0002** |
| < 1 sal min | 37 [90,2] | 59 [83,1] | |
| > 1 sal min | 4 [9,8] | 12 [16,9] | |
| Número de cômodos | | | 0,0003 |
| < 2 | 10 [24,4] | 15 [21,1] | |
| > 2 | 31 [75,6] | 56 [78,9] | |
| Tipo de Ingresso | | | < 0,0001** |
| Caso Novo | 27 [65,8] | 68 [95,7] | |
| Reingresso após Abandono | 13 [31,7] | 1 [1,4] | |
| Contato com TB | | | < 0,0001** |
| sim | 13 [31,7] | 10 [14,1] | |
| não | 28 [68,3] | 61 [85,9] | |
| Institucionalização | | | < 0,0001** |
| sim | 4 [9,8] | 2 [2,8] | |
| não | 37 [90,2] | 69 [97,2] | |

1. Valores expressos em n [%], exceto onde indicado. Valores expressos em média [dp]. *Teste t Student. ** Teste do qui-quadrado.

Tabela 5 - Comparação entre os grupos abandono e cura/controlado em relação a variáveis Conclusão

| Variáveis | Grupo Abandono n=41 | Grupo Conclusão/ Cura n= 71 | p |
|------------------------|------------------------|--------------------------------|------------|
| Tabagismo | | | < 0,0001** |
| sim | 24 [58,5] | 12 [16,9] | |
| não | 17 [41,5] | 59 [83,1] | |
| Alcoolismo | | | < 0,0001** |
| sim | 28 [68,3] | 8 [11,3] | |
| não | 13 [31,7] | 63 [88,7] | |
| Drogas Ilícitas | | | < 0,0001** |
| sim | 23 [56,1] | 10[14,1] | |
| não | 18 [43,9] | 61[85,9] | |
| HIV positivo | | | 0,0003** |
| sim | 2 [5] | 2 [2,8] | |
| não | 18 [43,9] | 41 [57,5] | |
| Hospitalização | | | < 0,0001** |
| sim | 10 [24,4] | 3 [4,2] | |
| não | 31[75,6] | 68 [95,7] | |

1. Valores expressos em n [%], exceto onde indicado. Valores expressos em média [dp]. *Teste t Student. ** Teste do qui-quadrado.

Fonte: Autor

Na Regressão Logística Múltipla o desemprego [RP=2,2; IC95% (1,2-4,0)], o reingresso após abandono [RP=3,2; IC95% (2,3-4,6)], o contato com pacientes com tuberculose [RP=1,7; IC95% (1,1-2,8)], o tabagismo [RP=2,9; IC95% (1,8 – 4,8);], o alcoolismo [RP=4,5; IC95% (2,6 – 7,6);] e o uso de drogas ilícitas [RP=3,0; IC95% (1,9 – 4,8);] mostraram-se riscos independentes para o abandono do tratamento (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise multivariada dos fatores preditores de abandono

| Variáveis | Razão de prevalência (RP) | Intervalo de Confiança (IC) |
|-----------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Desemprego | 2,2 | 1,2-4,0 |
| Retorno após abandono | 3,2 | 2,3-4,6 |
| Contactante de TB | 1,7 | 1,1-2,8 |
| Tabagismo | 2,9 | 1,8-4,8 |
| Alcoolismo | 4,5 | 2,6-7,6 |
| Drogas Ilícitas | 3,0 | 1,9-4,8 |

Fonte: Autor

Dos 102 pacientes aptos a participar da pesquisa, 62 (60%) aceitaram responder o questionário Assist. Destes, 43 (69%) são pacientes que concluíram o tratamento e os outros 19 (31%) são pacientes que abandonaram a terapia.

Quanto a primeira questão, que interroga quanto a utilização de substâncias durante a vida, observamos o resultado na tabela 7.

A frequência do uso de drogas na vida correspondeu a 95,1% para o álcool, seguido do tabaco.(51,6%). A Cannabis sativa, a cocaína e o crack foram citados por 41,9% dos questionados. Inalantes como Loló e cola de sapateiro já haviam sido provados por 19,3%. O uso de hipnóticos ou sedativos sem indicação médica foi relatado por nove pessoas. Já os alucinógenos e opióides não foram experimentados por nenhum dos participantes desta fase da pesquisa.

Tabela 7 - Uso de substâncias durante a vida

| Substâncias | n | % |
|-----------------------|----------|----------|
| derivados do tabaco | 32 | 51,6 |
| bebidas alcoólicas | 59 | 95,1 |
| maconha | 26 | 41,9 |
| cacaina/ crack | 26 | 41,9 |
| anfetaminas ou êxtase | 1 | 1,6 |
| inalantes | 12 | 19,3 |
| hipnóticos | 9 | 14,5 |
| alucinógenos | 0 | 0 |
| opióides | 0 | 0 |
| outros | 0 | 0 |

Fonte: Autor

A segunda pergunta do questionário ASSIST referia-se ao uso de drogas nos últimos três meses. perguntava-se quanto da intensidade do consumo. Observamos que o percentual de absenteísmo de drogas aumenta, distinguindo os casos de experimentação daqueles onde o consumo passou a ser mais frequente. No caso do tabagismo, o número de usuários passou de 32 para 23, uma redução de 28,1%. No caso do álcool, a redução do número de usuários foi de 59 para 48 pessoas o que corresponde a uma diminuição de 18,6% do total de pessoas. Para a maconha, a redução foi de 26 para 18 pessoas (30,7%) e para a cocaína/crack a diferença foi de 26 para 17(34,6%). Os inalantes que foram utilizados durante algum momento da vida, não estavam presentes na vida diária das pessoas: de 12 experimentadores para nenhum uso nos últimos três meses. Para os que fizeram uso de substâncias hipnóticas/sedativas, a queda no uso foi de 9 para 4 (55,5%).

Tabela 8 - Frequência de resposta positiva, segundo as substâncias

| Substâncias | uso na Vida | uso nos três últimos meses | desejo ou urgência em consumir | problema associado | negligência de atividades | preocupação de outros | tentativas de reduzir |
|-------------------|-------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| tabaco | 32 | 23 | 24 | 16 | 5 | 26 | 22 |
| álcool | 59 | 48 | 25 | 16 | 17 | 22 | 19 |
| maconha | 26 | 18 | 17 | 9 | 7 | 17 | 13 |
| crack/ cocaína | 26 | 17 | 20 | 15 | 14 | 20 | 16 |
| anfetaminas | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| inalantes | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| sedativos | 9 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| opióide | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fonte: Autor

Com relação ao uso de drogas injetáveis, tivemos apenas um caso de uso que havia sido há mais de três meses.

Tabela 9. Frequência do uso de substâncias segundo escores totais do ASSIST para uso ocasional, sugestivo de abuso e sugestivo de dependência

| Substâncias | Ausência de Uso | Uso Ocasional/ Nenhuma Intervenção | Uso Sugestivo de Abuso/ Receber Intervenção Breve | Uso Sugestivo de Dependência /Encaminhar para Tratamento mais Intensivo | Total de Usuários |
|--------------------|------------------------|---|--|--|--------------------------|
| tabaco | 37 | 2 [8] | 14 [56] | 9 [36] | 25 |
| álcool | 13 | 24 [49] | 10 [20,4] | 15 [30,6] | 49 |
| maconha | 41 | 1[4,8] | 14 [66,7] | 6 [28,5] | 21 |
| crack/cocaina | 41 | 1 [4,8] | 7 [33,3] | 13 [61,9] | 21 |
| anfetaminas | 62 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| inalantes | 62 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| sedativos | 61 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| alucinógenos | | | | | |
| opióide | 62 | 0 | 0 | 0 | 0 |

[%] percentual.

Fonte: Autor

Quando determinamos a soma dos pontos para cada substância, observamos que o uso de crack necessita de intervenção com indicação para tratamento intensivo na maioria dos usuários (61,9%), o que demonstra a força de dependência química que essa substância causa.

Observamos que o percentual de pacientes que necessitam de intervenção breve para o uso de tabaco é de mais da metade do grupo (56%), pacientes que tem uma probabilidade maior de abandonar o vício. Já no grupo de usuários de álcool, 49% não necessitavam qualquer intervenção; porém, mais da metade dos entrevistados que assumiam fazer uso de bebidas alcoólicas, necessitavam de intervenção, seja breve ou tratamento intensivo.

8 DISCUSSÃO

Nota-se que o percentual de tuberculose pulmonar (90,6%) foi acima da média da série histórica para o Estado do Ceará divulgado em 2013 que é de 84,8% (CEARÁ, 2013). Destes casos extra-pulmonares evidenciamos tuberculose ocular(5), ganglionar(3), pleural(3), meníngea(1), mamária(1), trato urinário(1) e intestinal(1), com predomínio da forma ocular (29,4%), diferente da literatura, onde predominam os casos de tuberculose pleural (GOMES, 2013).

O percentual de mortalidade por tuberculose no início do estudo, levando-se em consideração apenas os dados registrados no Livro de Registro de Pacientes com Tuberculose, foi de 1,9% (03 casos). Porém, no decorrer da pesquisa, foi constatado outros casos de pacientes que foram a óbito (06): dois sem relação com a tuberculose; 01 tendo como complicação a tuberculose (câncer) e mais outros três tiveram como causa a própria tuberculose, estes últimos sempre referente a casos de abandonado do tratamento.

A tuberculose em crianças e adolescentes apresenta uma grande limitação: o diagnóstico. A tuberculose na infância, diferentemente do adulto, costuma ser abacilífera, isto é, negativa ao exame bacteriológico, pelo reduzido número de bacilos nas lesões (SANT'ANNA, 2012).

A faixa etária de maior prevalência foi encontrada na população economicamente ativa, o que demonstra um grande prejuízo social quando do seu diagnóstico além do caráter endêmico, contrastando com outras comunidades que a controlaram, onde os mais acometidos são os idosos, em decorrência de exposição no passado (SANTOS *et al*, 2012). Lembrando que em nosso estudo os pacientes menores de idade não foram contemplados, somente aqueles que na data da notificação estavam com idade inferior a 18 anos, mas que no momento da pesquisa apresentavam-se com maior idade.

Em alguns trabalhos epidemiológicos para tuberculose, o gênero masculino se mostra o mais afetado entre os sexos (SANTOS *et al*, 2012) corroborando com resultados encontrados no Estado do Ceará (CEARÁ, 2012), em outros, quando a maioria se mostra do sexo feminino, é devido a uma discreta diferença (ALCÂNTARA *et al*, 2012). Em nosso estudo, houve uma predominância significativa dos homens em relação às mulheres, correspondendo a mais de um terço dos casos de tuberculose pulmonar (69%).

A cor não branca predominou no grupo de pacientes do estudo, o que se confirma em algumas séries (PAIVA, PEREIRA, MOREIRA, 2011), e demonstra resultado contrário a outras (FURLAN, OLIVEIRA, MARCON, 2012).

A condição do estado civil nos mostra a predominância de pacientes solteiros (56,9%) assim como RUFINO et al, em seu trabalho de 2012. Se somados com os separados (7,8%) e viúvos (4,3%), perfazem mais de dois terços da amostra.

A escolaridade dos pacientes mostrou um fato já conhecido pelos estudos epidemiológicos de tuberculose: esta é uma doença de pessoas de baixo nível de escolaridade (FURLAN, OLIVEIRA, MALCON, 2012). Em nosso estudo, 50% da população tinha apenas o ensino fundamental incompleto e o analfabetismo ainda estava presente em mais de 16%.

O desemprego foi a situação de emprego na maioria dos pacientes (37,1%). Observamos que em outros trabalhos, excetuando-se a ausência de informação (ignorado), o desemprego também é a situação de emprego mais comum (FURLAN, OLIVEIRA, MALCON, 2012).

Procurando responder à pergunta: os pacientes que iniciaram o tratamento para tuberculose são realmente de Fortaleza? Perguntamos não só qual o endereço da residência do paciente, mas também o local de nascimento dele. Com isso, buscamos entender se a população atendida é proveniente de nativos ou imigrantes. Sessenta e sete por cento de todos os integrantes do estudo eram oriundos de nosso município, mostrando que a tuberculose vem se perpetuando em nossa população.

Como dado para correlacionar a tuberculose e as condições de moradia, perguntamos a quantidade de cômodos no domicílio. Mais de vinte por cento dos pacientes moravam em domicílios com dois ou menos comôdos, o que ainda mostra uma quantidade significativa de pacientes em condições precárias de moradia, mesmo com todos os avanços sociais conquistados nas últimas décadas (GUIMARÃES *et al*, 2012).

Quanto aos agravos associados, o uso de fármacos e drogas que causam dependência mostrou-se presente em quase um terço dos pacientes. Lembrando que esta resposta foi dada pelo paciente no ato da notificação, e informado de forma espontânea, como problema de saúde admitido pelo paciente. O consumo de crack, o qual possui grande potencial de dependência (FALK *et al*, 2007), mostra uma tendência no Brasil de estímulo ao consumo pela alta disponibilidade e fácil acesso a substância (DIAS, ARAUJO, LARANJEIRA, 2011).

No nosso trabalho encontramos uma taxa de reingresso após abandono de 13%. Em 2005 essa taxa no Brasil foi de 11,7%. Esses são pacientes que abandonaram o tratamento e retornaram para terminá-lo. Esses pacientes apresentam chance maior de desenvolverem um desfecho desfavorável para a doença como óbito, abandono e multirresistência às drogas de tratamento para a TB (BRASIL, 2010).

O abandono do tratamento, que pela recomendação da OMS deveria ser de menos de 5%, em nosso serviço apresentou alarmante taxa de 36%, muito acima dos número do Estado do Ceará, que mostraram uma taxa de abandono de 8,9% em 2013 (CEARÁ, 2013).

A quebra da cadeia de transmissão é um dos pilares mais importantes na luta contra a tuberculose. O exame dos contactantes é fundamental nesse sentido (LIMA *et al*, 2013). Para a avaliação dos contatos de qualquer uma das faixas etárias, o Ministério da Saúde recomenda a realização da consulta clínica, considerada indispensável para a caracterização do tipo de contato com o caso índice e a avaliação da sintomatologia. O contato pode ser considerado sintomático e ser investigado laboratorialmente com exame de baciloscopia para TB, ou ainda ser considerado assintomático. Neste último caso procede-se como para as crianças até dez anos com a realização da radiografia de tórax e Prova Tuberculínica (PT), se o resultado do exame radiológico for suspeito, indica-se investigar infecção tuberculosa ativa (BRASIL, 2010e).

No comparativo entre os casos de abandono e cura/conclusão do tratamento, as variáveis que mostraram diferenças significativas na busca pelo perfil dos que abandonam, observamos o sexo masculino, a cor não branca (parda e preta), o estado civil (solteiro, separado, viuvo). Estudos ecológicos comprovam a existência de uma relação bidimensional da TB com a pobreza, estando bem documentados quanto aos riscos relacionados a indicadores de status econômico como baixo nível de renda e desemprego (OLIVEIRA , ANTUNES, 2012). Em nosso estudo, a baixa escolaridade e o desemprego também corroboram com o abandono, ratificando a literatura apresentada. O reingresso após abandono mostrou-se uma variável de risco para o abandono, assim como ser contactante de tuberculose, institucionalização ou ter tido hospitalização devido a tuberculose.

Um dos principais motivos de abandono de tratamento da TB está associado ao consumo de drogas, em especial, ao consumo de álcool e ao tabagismo (CHIRINOS, MEIRELLES, 2011). Nosso estudo, buscando uma associação com o uso de drogas ilícitas, também encontrou uma relação significativa do abandono com seu uso abusivo ($p < 0,0001$).

A presença da co-infecção por HIV em pacientes com tuberculose apresenta uma maior chance de abandono, resultado corroborado por Barbosa e Costa, 2012.

Pelo questionário Assist, a pesquisa pode constatar a presença dos casos de uso substâncias químicas que causam dependência e seu papel no cotidiano do paciente. No nosso grupo, a taxa de absenteísmo para o grupo do abandono foi zero, ou seja, todos os pacientes já haviam experimentado algum tipo dessas substâncias, já no grupo dos que completaram o tratamento, a ausência da experimentação foi de 7,1% o que mostra a grande penetração das drogas em nosso meio. O uso de múltiplas drogas (tabaco, álcool, maconha e crack) no grupo do abandono estava presente em 52% dos pacientes, enquanto nos pacientes que concluíram o tratamento esse número foi de 9,3%. No entanto, o uso de drogas ditas lícitas no grupo que concluiu o tratamento se mostrou bastante presente (55,8%).

O uso abusivo de substâncias e drogas, na maioria das vezes, é negligenciado no atendimento da atenção básica, seja por preconceito ou por falta de treinamento. O tratamento para o uso abusivo do crack necessita de atendimento especializado, com técnicas de intervenção que utilizam métodos descritos pela literatura (RODRIGUES *et al*, 2012). Entre as pessoas com tuberculose, consumir crack favorece disseminação da doença devido à tosse induzida pelo uso da droga, pelos contatos estarem muito próximos em ambientes fechados e, ainda, a disseminação é ampliada pelo fluxo intermitente de pessoas (CRUZ *et al*, 2013) e nosso estudo mostra que esses pacientes, na grande maioria das vezes abandonam o tratamento e se mantêm como fonte de contágio na comunidade.

9 CONCLUSÃO

Esta pesquisa se propôs a compreender as causas da grande taxa de abandono do tratamento da tuberculose em uma unidade de atenção básica a saúde. A forma de abordagem impessoal e sem vínculo prejudica a compreensão do perfil do nosso usuário. Quando se sabe quais suas características e particularidades, podemos intervir em demandas que, indiretamente, ajudariam a evitar o abandono do tratamento da tuberculose, doença infecciosa de caráter epidêmico e de associação inequívoca com a pobreza.

As publicações encontradas sobre as variáveis tuberculose e uso de drogas e substâncias que causam dependência química tem consolidado a relação de drogas como álcool e cigarro. A escassez de publicações que envolvam o assunto tuberculose e o uso de crack demonstra a necessidade de mais estudos, pois a associação destes dois fatores implica necessariamente um risco maior para o abandono do tratamento da tuberculose, prolongando a cadeia de transmissão do bacilo, com seus riscos elevados para a multirresistência e o óbito.

Entrar no mundo das pessoas com dependência química é sempre um desafio, e na área de saúde, onde estamos sempre envolvidos com diversos problemas de ordem social e psicológica, a ajuda diferenciada aos usuários do SUS faz uma diferença no que se refere ao atendimento integral e multidimensional que devemos ter, não só pela amplitude do problema como pela necessidade de se combater a visão simplificada das doenças, que acredita apenas como sendo o combate ao patógeno o único foco a ser levado em consideração.

O estudo do dia a dia dos dependentes químicos mostra que para aqueles em que se pode definir um parâmetro de comportamento, com base científica, há melhores chances de as abordagens dos profissionais de saúde serem mais eficientes, já que não se utilizaria o empirismo como forma de conhecer o nível de cuidados requeridos pelo indivíduo.

O abandono do tratamento da tuberculose se mostra um risco significativo nos pacientes dependentes químicos, em especial das substâncias ilícitas. Confrontar essa situação faz com que os profissionais de saúde encarem o problema de frente, sem deixar para discernir a situação quando apenas do abandono. O vínculo deve ser forte o bastante para que, sem prejuízo de valores, as decisões sejam tomadas de forma a prevalecer o bom senso e a autonomia.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada: **“Tuberculose pulmonar e drogas de abuso: entre a cura e o abandono”**. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa visa avaliar a influência do uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas no abandono do tratamento para tuberculose pulmonar. Os dados serão coletados em forma de questionários, em um encontro no Posto de Saúde ou em seu domicílio, com agendamento prévio, de acordo com sua disponibilidade e da pesquisadora, com duração entre 10 a 40 minutos, sem prejuízo para o serviço local do Posto. Sua participação não será remunerada.

As informações fornecidas através de sua participação não permitirão sua identificação, exceto à pesquisadora. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos e as informações divulgadas entre profissionais estudiosos do assunto. Lembramos que os riscos desta pesquisa são mínimos, já que a pesquisa se limita a coleta e análise de dados. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar deste estudo.

Se precisar de maiores informações sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável com o Comitê de ética em Pesquisa da UFC, nos endereços e telefones abaixo.

Agradeço antecipadamente sua colaboração e coloco-me a disposição em qualquer etapa da investigação para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Pesquisadora Responsável pelo estudo: Janete Galvão Martins Cassiano, mestranda em Saúde da Família pela Universidade federal do Ceará.

Endereço: Alameda das Graviolas, 195, Cidade 2000, Fortaleza, Ceará.

Telefone: (85) 34332746

E-mail: janetegm@gmail.com

Atenção: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC: rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, telefone 3366 8344.**

Eu, _____, _____ anos, RG _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário (a) desta pesquisa. Declaro que li cuidadosamente O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro ainda estar recebendo cópia assinada deste termo.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B

Questionário de Identificação

01) NOME:

02) SEXO: MASC FEM

03) COR: PARDA BRANCA NEGRA

04) DATA NASCIMENTO IDADE

05) ESTADO CIVIL

06) LOCAL NASCIMENTO: FORTALEZA INTERIOR OUTRO ESTADO

07) LOCAL DE RESIDÊNCIA

08) NÚMERO DE CÔMODOS

09) QUANTOS CONTACTANTES NO DOMICÍLIO

10) QUANTOS CONTACTANTES EXAMINADOS

11) ESCOLARIDADE

ANOS DE ESTUDO

12) SITUAÇÃO DE EMPREGO

13) RENDA MÉDIA MENSAL

14) TIPO DE ENTRADA

CASO NOVO

REINGRESSO APÓS ABANDONO

RECIDIVA

15) TIPO DE ENCERRAMENTO

CURA

CONCLUSÃO DO TRATAMENTO

ABANDONO

TRANSFERÊNCIA: MULTIRRESISTÊNCIA MUDANÇA DOMICÍLIO

16) CONTACTANTE DE PACIENTE COM HISTÓRIA DE TUBERCULOSE

17) PORTADOR HIV/AIDS?

18) AGRAVOS ASSOCIADO

19) HOSPITALIZAÇÃO PELA TB?

20) INSTITUCIONALIZAÇÃO

21) HISTÓRIA DE USO DE DROGAS DE ABUSO: SIM/ NÃO
ÁLCOOL/ TABACO/ DROGAS ILÍCITAS

ANEXOS

ANEXO A QUESTIONÁRIO ASSIST

DATA: ___/___/___
ENTREVISTADOR: _____
ASSIST – OMS –

| 1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i> | NÃO | SIM |
|--|-----|-----|
| a. derivados do tabaco | 0 | 3 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 3 |
| c. maconha | 0 | 3 |
| d. cocaína, crack | 0 | 3 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 3 |
| f. inalantes | 0 | 3 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 3 |
| h. alucinógenos | 0 | 3 |
| i. opióides | 0 | 3 |
| j. outras, especificar | 0 | 3 |

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

| 3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i> | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. maconha | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. cocaína, crack | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. inalantes | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. alucinógenos | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. opióides | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. outras, especificar | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Aluno código _____
Curso: _____

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM PARA O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

| 2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|---|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. maconha | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. cocaína, crack | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. inalantes | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. alucinógenos | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. opióides | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. outras, especificar | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

| 4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro? | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. maconha | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. cocaína, crack | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. inalantes | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. alucinógenos | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. opióides | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. outras, especificar | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

| 5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc</i>), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você? | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS | 6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i>) ? | NÃO, Nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|---|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|---|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | a. derivados do tabaco | 0 | 6 | 3 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | b. bebidas alcoólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. maconha | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | c. maconha | 0 | 6 | 3 |
| d. cocaína, crack | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | d. cocaína, crack | 0 | 6 | 3 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 6 | 3 |
| f. inalantes | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | f. inalantes | 0 | 6 | 3 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | g. hipnóticos/sedativos | 0 | 6 | 3 |
| h. alucinógenos | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | h. alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. opióides | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | i. opióides | 0 | 6 | 3 |
| j. outras, especificar | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 | j. outras, especificar | 0 | 6 | 3 |

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

| 7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i>) e não conseguiu? | NÃO, Nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|---|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 6 | 3 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. maconha | 0 | 6 | 3 |
| d. cocaína, crack | 0 | 6 | 3 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 6 | 3 |
| f. inalantes | 0 | 6 | 3 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 6 | 3 |
| h. alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. opióides | 0 | 6 | 3 |

| 8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico) | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| NÃO, nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
| 0 | 2 | 1 |

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

| | Anote a pontuação para cada droga Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7 | Nenhuma intervenção | Receber Intervenção Breve | Encaminhar para tratamento mais intensivo |
|------------------------------|---|---------------------|---------------------------|---|
| Tabaco | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Alcool | | 0-10 | 11-26 | 27 ou mais |
| Maconha | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Cocaína | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Estimulantes tipo anfetamina | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Inalantes | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Hipnóticos/sedativos | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Alucinógenos | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Opióides | | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |

REFERÊNCIAS

- AGUILLAR, L. R.; PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. **Rev Lat-Amer Enf.** v.13, p.790-797, 2005.
- ALCANTARA, CCS de, et al. Fatores associados a tuberculose pulmonar em pacientes que procuraram serviços de saúde de referência para tuberculose. **J Bras Pneumol.** 2012; 38(5), p. 622-629.
- ALDRIDGE, S. **Moléculas Mágicas – como actuam as drogas.** Lisboa: Replicação, 2001.
- AMATO, T. C. **Resiliência e uso de drogas: como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes.** 2010. 69p. Tese (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY. Council of the Infectious Disease Society of America. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. **Am J Respir Crit Care Med.**161:1376-95, 2000.
- ANDRADE, L. et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. PLoS ONE [serial on the Internet]. [cited 2012 18 Julho]; 7(2), 2012.
- ANDRADE, L. et al. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-25.
- ANTÓN-NEYRA, R.; MEZONES-HOLGUÍN, E. Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis. **Rev Peru Med Exp Salud Publica.** 2009; v. 26, n.4, p.582-90.
- APÓSTOLO, J. L. A. et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v. 19, n.2: mar-abr 2011.
- ARANTES, D. V. Depressão na atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** v. 2, n. 8, 2007.
- ASGHAR, R. J. et al. Limited utility of name-based tuberculosis contact investigation among persons using illicit drugs: results of an outbreak investigation. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine,** Vol. 86, n. 5, 2009.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Projeto Diretrizes.** Abuso e dependência - maconha. 2002.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e Dependência: Crack. **Rev Assoc Med Bras.** v. 58 n. 2 p. 141-153, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Abuso e dependência de maconha. Projeto diretrizes AMB, CFM. out/2012.

ASSUNÇÃO, C. G.; SEABRA, J. D. R.; FIGUEREDO, R. M. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. **Ciência y Enfermeira**. v. 12 n.2, 2009.

BARBOSA, IR; COSTA, ICC. A emergência da co-infecção tuberculose-HIV no Brasil. **Rev Bras de Geografia Médica e de Saúde-Hygeia** 8 (15):232 - 244, Dez/2012.

BARLETTA, C. M. B. et al. **Capacitação para multiplicadores de ações de prevenção às drogas**. Paraná, 2009.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 41(Supl. 1) p. 4-8, 2007.

BARREIRA, D. et al. **Boletim eletrônico epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. ano 10, nº11, dezembro, 2010.

BAUMANN, B. M. et al. Cardiac and hemodynamic assesment of patients with cocaine-associated chest pain syndromes. **Clin Toxicol.**; v. 38, p 283-90, 2000.

BENTO J. et al. Métodos diagnósticos em tuberculose - artigo de revisão. **Acta Med Port**. v. 24, p. 145-154, 2011.

BERGELA, F. S.; GOUVEIA, N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Rev Saúde Pública.**;v.39, n. 6, p. 898-905, 2005.

BERTOLETE, J. M. **Glossário de álcool e drogas** / Tradução e notas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

BIERRENBACH, A. L. et al. Tendência da mortalidade por tuberculose no Brasil, 1980 a 2004. **Rev Saúde Pública**;n. 41(Supl. 1), p. 15-23, 2007.

BONFÁ, L; VINAGRE, R. C. O.; FIGUEREIDO, N. V. Uso de canabióides na dor crônica e em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Anestesiologia** v.. 58, n. 3, Maio-Junho, 2008.

BONNET, M. et al. Reducing the number of sputum samples examined and thresholds for positivity: an opportunity to optimise smear microscopy. **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 11, p. 953-958, 2007.

BRASIL. Portaria 157, de 19 de fevereiro de 1998. Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família. **Ministério da Saúde**, 1998.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei 10216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Seis de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino- serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 236 p, 2002a..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. 6. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 148).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). 2004b

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução No3/GSIPR/CH/CONAD**, de 27 de outubro de 2005a. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2005a.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Portaria 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação**: Ceará. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 24 p. : il. color. (série C. Projetos, Programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose./ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. 2 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 2010a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância à saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Programa nacional de controle da tuberculose. Brasília: Ministério da saúde, 2010b.

BRASIL. Presidência da República. Vice Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional e Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. 106 p. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010**. 7 ed.: Colegiado de Coordenadores de Saude Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Os casos de retardamento de tuberculose no Brasil**. Boletim Eletrônico Epidemiológico. Ano 10, nº 11 dezembro 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 284 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: especial tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde. v. 43, mar, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa nacional de controle da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Série histórica da taxa de mortalidade de tuberculose**. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2010), 2012 c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/taxa_mortalidade_tuberculose.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, volume 44 N° 02 - 2014.

CAMARA, F. P. PHQ: Questionário breve para detectar as cinco condições psiquiátricas mais prevalentes em serviços de atenção primária à saúde. **Psychiatry on line**. v. 18 - Janeiro de 2013: <http://www.polbr.med.br/ano04/artigo1004a.php>.

CAMINERO, J. A. **Guia de la Tuberculosis para Medicos Especialistas**. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER). p. 390, 2003.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento de tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre. **J Bras Pneumol**. v. 37, n. 6, p. 776-782, 2011.

CAMPOS, R.; PIANTA, C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul – Brasil. **Bol da Saúde**. v. 15, n. 1, p. 61-71, 2001.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 9, 115-129 (2005).

CANTALICE FILHO J. P. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol**. v. 35, n. 10, p. 992-997, 2009.

CASTLE, D. J.; MURRAY, R. *Marijuana and madness: psychiatry and neurobiology*. 2004, New York: Cambridge University Press. v. 16, p. 218.

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 36, p. 67-74, 2010.

CHIRINOS, NEC; MEIRELLES, BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma visão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 599-406.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Informe epidemiológico**: tuberculose. Fevereiro, 2012a.

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão. Perfil municipal de Fortaleza. Informe: IPECE. n. 42, out/ 2012b.

CEARÁ. Secretaria Saúde do Estado do Ceará. **Tuberculose Boletim Epidemiológico**. fev/2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Updated guidelines for the use of nucleic acid amplification tests in the diagnosis of tuberculosis. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. United States. v. 58, p. 7-10, 2009.

CHEN, K.; KANDEL, D. Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States. **Drug Alcohol Depend**. v. 68, p. 65-85, 2002.

CHEN, C. Y.; ANTHONY, J. C. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. **Psychopharmacology** (Berl). v. 172, p. 78-86, 2004.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 599-406, Jul-Set, 2011.

COMPTON, W. M. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Archives of General Psychiatry**. v. 64, n. 5, p. 566-76, 2007.

CONDE, M. B.; SOUZA, G. M.; KRITSKI, A. **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu. 1ª ed., 2002.

CRIPPA, J. A. et al. **Efeitos cerebrais da maconha- resultado de estudos de neuroimagem**. Rev. Bras. Psiquiatr., mar 2005, vol 27, n. 1, p. 70-78.

CRUZ, VD. et al. Consumo de crack e a tuberculose: uma visão integrativa. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Jan.-Apr. 2013;9(1):48-55.

DALCOLMO, M. P. et al. Tuberculose multiresistente: histórico e controle. **Rev Saúde Pública**; v. 41(Supl. 1), p. 34-42, 2007.

DALCOMO, M. P.; ANDRADE, M. K.; PINCON, P. D. Tuberculose multiresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. **Revista de Saúde Pública**. v. 41(sup 1), p. 34-42, 2007.

DALCOMO, MP . Tratamento da Tuberculose Sensível e Resistente. **Pulmão**. Rio de Janeiro,;v. 21, n. 1, p. 55-59, 2012.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DANIEL, T. M. The origins and precolonial epidemiology of tuberculosis in the Americas: can we figure them out? **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 4, n. 5, p. 395-400, 2000.

DAUGHTERS, S. B. et al. Effectiveness of a brief behavioral treatment for innercity illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). **Journal of Clinical Psychiatry**. v. 69, n. 1, p. 122-9, 2008.

DEISS, R. G.; RODWELL, T. C.; GARFEIN, R. S. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. <http://cid.oxfordjournals.org/>, em 16, de agosto, de 2012.

DIAS, AC; ARAÚJO, MR; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte histórico de tratamento. **Rev Saúde Pública** 2011;45(5):938-48.

ESCOHOTADO, A. **História elementar das drogas**. Lisboa, Antígona, 2001.

FAÇANHA, M. C. tuberculose: subnotificação dos casos que evoluíram para o óbito em Fortaleza-CE. **Rev Bras Epidemiologia**. v. 8, n. 1, p. 25-30, 2005.

FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? **Drug Alcohol Depend**. v. 98, p. 24-9, 2008.

FARATE, C. O acto do consumo e o gesto que consome. Coimbra: Quarteto, 2000.

FERREIRA, A. M. C. Gravidade de dependência e motivação para tratamento. www.psicologia.com.pt, 2008.

FORD, L.K.; ZARETE, P. Closing the gaps: the impact of inpatient detoxification and continuity of care on client Outcomes. **J Psychoactive Drugs**. Suppl 6, p. 303-14, 2010.

FREGONA, G. **Contribuição da estratégia saúde da família para o controle da tuberculose no Espírito Santo**.01/092007, p. 163. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/.../geisa_fregona. acessado em 23/08/2012.

FURLAN, MCR; OLIVEIRA, SPO; MARCON, SS. Fatores Associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(Número Especial 1):108-14.

GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI., E. A. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas/CEBRID, 2006.

GALDURÓZ, J. C. et al. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileira**. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2005.

GAZONI, F. M. et al. Complicações cardiovasculares em usuários de cocaína: relato de caso. **Rev Bras Terapia Intensiva**. v. 18, n. 4, out-dez, 2006. (subst 130)

GOMES, Teresa. **Tuberculose Extrapulmonar: uma abordagem epidemiológica e molecular**. Tese de Mestrado. Vitória, Espírito Santo, 2013.

GONZÁLES, R. I. C. et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para o controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm.** v. 42, n. 1, p. 628-34, 2008.

GRECO, S. et al. Current evidence on diagnostic accuracy of commercially based nucleic acid amplification tests for the diagnosis of pulmonary tuberculosis. **Thorax.**; v. 61, p. 783-790, 2006.

GUIMARÃES, R. M. et al. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo **J Bras Pneumol.** v. 38, n. 4, p. 511-517, 2012.

HASKER, E. et al. Default from tuberculosis treatment in Tashkent, Uzbekistan; Who are these defaulters and why do they default? **BMC Infectious Diseases.**, v. 8, p. 97, 2008.

HEPNER, K. A. et al. A comparison of two depressive symptomatology measures in residential substance abuse treatment clients. **Journal of Substance Abuse Treatment.** v. 37, n. 3, p. 318-325, 2009.

HIJJAR, M. A.; PROCÓPIO, M. J. Epidemiologia e controle no Brasil. *Rev. Hosp. Pedro Ernesto.* v. 5, n. 2. jun/dez, 2006.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública.** v. 41, Supl. 1, p. 50-58, 2007.

HWANG, L. Y. et al. Latent tuberculosis infections in hard-to-reach drug using population-detection, prevention and control. **Tuberculosis,** v. 89, Supl. 1, p. 41–45, 2009. (205)

JORNAL OFICIAL DA UNIÃO EUROPÉIA. L159 de 18/6/2008, pg 85.

KALANT, H. Medicinal use of cannabis: history and current status. **Pain Res Manag;** v. 6, p. 80-91, 2001.

KESSLER, F. et al. Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** v. 29, p. 335-336, 2007.

KESSLER, R.C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry,* Chicago, E.U.A., v. 62, n.6, p. 617-27, 2005.

LIM TK et al. What is the optimal approach for using a direct amplification test in the routine diagnosis of pulmonary tuberculosis? A preliminary. **Respirology.** v. 7, n. 4, p. 351-7, dez/ 2002.

LIMA, LM. et al. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/ RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013; 34(2):102-110.

LIMA, M. S. et al. Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. **Addiction.** v. 97, p. 931-49, 2002.

- LONNROTH, K.; RAVIGLIONE, M. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. **Semin Respir Crit Care Med**.v. 29, n. 5, p. 481-91, 2008.
- LOPES, A. O. **Tuberculose um problema de saúde pública: causas do abandono do tratamento**. São Paulo, 2010.
- LOYOLA, C. M. D.; MACEDO, P. R. A. **Saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro (RJ): CUCA/IPUB; 2002.
- MACHADO, N. G. et al. Uso de drogas e saúde sexual de adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 2, p. 284-90, abr/jun, 2010.
- MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo. v. 10, n. 3, p. 226-30, mai-jun, 2012.
- MALTA, M. et al. HIV/ AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. **Rev Saúde Pública**.v. 42, p. 830-7, 2008.
- MARINHO, M. B. O demônio nos “paraísos artificiais”: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. v. 9, p. 345-354, 2005.
- MARINI M. **Preditores de adesão ao projeto terapêutico em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas**. Porto Alegre. 2011.
- MARQUES, A. C. P. R. et al. Abuso e dependência: crack. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.58 no. 2 São Paulo Mar./Apr. 2012.
- MARTINS, E. R.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 12, p. 398-405, 2004.
- MARTINS, E. R. C. et al. Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 3, p. 368-72, jul/set, 2009.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
- MELO, F. A. F. Mudanças no perfil da tuberculose no país: uma nova realidade? **Bras Pneumol**. v. 36, n. 4, p. 397-398, 2010.
- MENDONÇA, L. O. M. Crack, o refúgio dos desesperados à luz do programa nacional de combate as drogas. **Rev. SJRJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 29, p. 289-308, dez. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose**. Belo Horizonte. 144 p, 2006.

MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidade de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v. 39, n.6. São Paulo, 2012.

NASSIF, S. L. D. S.; BERTOLLUCCI P. H. F. . Aspectos neuropsicológicos da dependência química. Um estudo comparativo entre usuários e controle. **Cérebro, inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas**. São Paulo: Ed. Vetor, p. 85-105, 2003.

NAST, K. **Fatores que influenciam a adesão e o abandono ao tratamento da tuberculose: revisão integrativa**. Porto Alegre 2011.

NOGUEIRA, J. A. *et al.* O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. **Rev. esc. enferm.** USP vol.43 no.1 São Paulo Mar. 2009

NOVAES, P. S. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Rev. Latinoam. Psicopat.** Fund., São Paulo, 17(2), 342-356, jun. 2014.

NUNES, L. M.; JÓLLUSKIN, G. O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, 4, 230-237, 2007.

OGA, S.; CAMARGO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O. **Fundamentos de Toxicologia**. 3a. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

OLIVEIRA, H. B.; MOREIRA FILHO, D. C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios. Campinas, SP, Brasil 1993-1994. **Rev. Saúde Pública.**; v. 34, n. 5, p. 437-443, 2000.

OLIVEIRA, H. B.; LEON, L. M.; GARDINALI, J. Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas, São Paulo. **J Bras Pneumol.** v. 31, n. 2, p. 133-8, abr,2005.

OLIVEIRA, JF; ANTUNES, MBC. Abandono Anunciado ao tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde da família do Recife - a perspectiva do usuário. **Rev APS.** 2012 jan/ mar 2 15(1): 4-13.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho uma evolução para a prevenção**. Genebra. Primeira edição: Setembro 2008.

OROFINO R. L. et al. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol.**v. 38, n.1, p. 88-97, 2012.

PAIVA, VS; PEREIRA, M; MOREIRA, JS. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar em unidade de saúde de referência em Porto Alegre, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 55 (2): 113-117, abr.-jun. 2011.

PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007a.

PAIXÃO L. M. M.; GONTIJO, E. D. Abandono ao tratamento de tuberculose. **Rev Saúde Pública**. v. 41, n. 2, p. 205-13, 2007b.

PAULA, P. F. **Fatores associados à recidiva, ao abandono e ao óbito no retratamento da tuberculose pulmonar**. Tese Doutorado. Faculdade Saúde Pública da USP. São Paulo, 2008.

PÉREZ-CAJARAVILLE J.; ABEJÓN, D.; ORTIZ, J. R.; PÉREZ, J. R. El dolor y su tratamiento através de la historia. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**. v. 12, p. 373-384, 2005.

PINA, E. S. R. **Adesão dos Pacientes com Tuberculose ao Tratamento com Anti-tuberculosos na Cidade da Praia e São Felipe- Fogo**: Factores da não Adesão ao Tratamento. Universidade Jean Piaget de Cabo Verde. Monografia de Grau de Licenciatura em Ciências Farmacêuticas, 2013.

PORTUGAL, F. B.; CORRÊA, A. P. M.; SIQUEIRA, M. M. D. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. SMAD. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**. v. 6, p. 1-13, 2010.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília,, v. 25, n. 2, p. 203-211, abr-jun, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL. Conselho Municipal de entorpecentes. **Cartilha informativa** drogas e álcool. Caxias do Sul: Comen, 2010.

QUEIROZ, E. M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 2, mar.-abr. 2012.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.453-61, 2010.

RAMOS, R. R. C. M.; GORELIK, V. L. B.; KRISTENSEN, C. H. Avaliação quanto ao uso de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas de uma população internada para tratamento de tuberculose. **Revista da Graduação PUCRS**. EdPuc. Rio Grande do Sul, v. 3, n. 1, 2010.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2299-2306, 2008.

REIS, M. A. S, et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família, desafios para mudança das práticas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 23, p. 655-66, set/dez 2007.

- REIS, F. M. Avaliação psicofísica da função visual em pacientes com tuberculose em tratamento com etambutol e isoniazida no centro de referência em doenças tropicais CRDT - Macapá- AP. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Amapá. 2013.
- RESTREPO, C. S. et al. Pulmonary complications from cocaine and cocainebased substances: Imaging manifestations. **Radio Graphics**.v. 27, p. 941-56, 2007.
- RIBEIRO, M. et al. Abuso e dependência da maconha. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.51, n.5, p. 247-249, 2005.
- RIBEIRO, S. A. Tratamento compulsório da tuberculose: avanço ou retrocesso? **J Pneumol.** v. 29, n. 1, p. 50-2, jan-fev de 2003.
- ROCHA, D. S.; ADORNO, R C F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco- Acre. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p.232-245, 2012.
- RODRIGUES, DS. et al. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1247-1258, 2012.
- RODRIGUES, I. L. A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/ HIV. **Revista Esc Enferm.** USP; vol. 44, n. 2, p. 383-7, 2010.
- RODRIGUES, T. M. S. A infundável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. São Paulo Perspec. v. 16, n.2. São Paulo, abr/jun, 2002.
- SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-8, out-dez 2007.
- SANT'ANNA, Clemax C. Diagnóstico da tuberculose na infância e na adolescência. **Pulmão**, vol. 21(1), p. 60-64; RJ 2012.
- SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos, et al. Caracterização dos casos de tuberculose notificados em um município prioritário do Brasil. **Rev Enferm UFPI**, Teresina; vol 1(1); p 8-13; 2012 jan-abr.
- SCHEFFER, M.; PASA, G. G. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. jul-set 2010, vol. 26 n. 3, p. 533-541.
- SCILIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.
- SHEPARD, D.S. Managed care and the quality of substance abuse treatment. **J Ment Health Policy Econ.**;v. 5, p. 163-74, 2002.
- SILVA, C. B.; LAFAIETE, R. S.; DONATO, M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v. 7, n. 1, p. 10-7, jan-abr 2011.

SILVA, M. I. G. et al. Cocaína: história, ações neurobióticas do vício e recaída e perspectivas terapêuticas. **Acta Med Port.** v. 23, p. 247-258, 2010.

SIQUEIRA, H. R. Enfoque clínico da tuberculose pulmonar. **Pulmão.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-18, 2012.

SIQUEIRA, H. R. et al. Evolução clínica de um grupo de pacientes com TB multiresistente atendidos em um centro de referência na cidade do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol.**v. 35, n. 1, p.54-62, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro de Tuberculose - Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **J Bras Pneumol.**; v. 30, Supl 1 p. 1-56, 2004.

STAAB, J. P. et al. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. **Med Clin North Am.** v. 85, p. 579-96, 2001.

STANFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STORY, A.; BOTHAMLEY, G., HAYWARD, A. Crack cocaine and infectious tuberculosis. **Emerg Infect Dis.** v. 14, p. 1466-9, 2008.

STROEHER, F. H. **Aspectos neuropsicológicos do uso de crack.** Porto Alegre, dezembro, 2010. Monografia (Curso Especialização em Neuropsicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2010.

TAKAHASHI, S. Tratamento obrigatório de drogas- de fato uma violação aos direitos humanos?**Revista Trimestral de Direitos Humanos.** v. 31, p. 748-776, 2009 de The Johns Hopkins University Press.

TEIXEIRA, E. R. **Fatores associados à não-adesão ao tratamento da tuberculose no distrito federal e municípios do entorno – DF 2006 – 2008,** Brasília, 2011. Dissertação (mestrado)-Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2011.

THORN, P. La tuberculosis: información y consejos para vencer la enfermedad. StopTB Partnership. Disponível em: <<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/TB%20TIPS%20SPN%20WEB.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014

TRAJMAN, A. et al: Novel tests for diagnosing tuberculous pleural effusion: what works and what does not? **Eur Respir J.** v. 31, p. 1098-1106, 2008.

VARGAS, K. G. Cocaína: actualización medico legas. **Med Legal de Costa Rica.** v. 28 n. 2, set/ 2011.

VELHO, S. R. B. R; **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD.** 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, 2010.

VERONESI, R. FOCACCIA, R. Tratado de infectologia, 4a ed. 2010. Editora Atheneu.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. **J Bras Pneumol**. v. 34, n. 3, p. 159-166, 2008.

WAGNER, F. A., ANTHONY, J.C. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. **Drug Alcohol Depend**. v. 86, p. 191-8 2007.

WATSON, S. J.; BENSON, J. A.; JOY, J. E. Marijuana and medicine: assessing the science base: a summary of the 1999 Institute of Medicine report. **Arch Gen Psychiatry**. v. 57, n. 6, p. 547-52, 2000.(91)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) ASSIST Working Group. **The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility**. *Addiction*, 97 (9): 1183-1194; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Drug Report**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control**. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control, 2013, 2013..** Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf. Acesso em: 24 jun. 2014.

ZUARDI, A. W. History of cannabis as a medicine: a review. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, p. 153-157, 2006.