

Aderência ao tratamento da tuberculose no Hospital Geral de Marrere, Nampula, Moçambique, 2014.

Tuberculosis treatment adherence, Marrere Hospital, Nampula, Mozambique, 2014.

Autores: Paulo Pires<sup>1</sup>, Emane A. Uagire<sup>2</sup>, Geraldo P. Iava<sup>2</sup>, Mariamo I. Abdala<sup>2</sup>, Mariamo Ussene<sup>2</sup>, Maurício António<sup>2</sup>, Paneshia S. João<sup>2</sup>, Théophile Nizeyimana<sup>2</sup>, Viano Macurire<sup>2</sup>.

1-Médico Especialista em Medicina Familiar e Comunitária, Consultor em Clínica Geral e Medicina Familiar, Docente Assistente na Universidade Lúrio, Faculdade de Ciências de Saúde (FCS).

2-Estudantes do 3º ano 6º semestre do Curso de Medicina, Universidade Lúrio, FCS.

Correspondência: Paulo Pires, Tel. Cel. 824235287, correio electrónico: [druidatom@gmail.com](mailto:druidatom@gmail.com) ; endereço postal: Bairro de Marrere, Rua Nr. 4250, Km 2.3, Casa 3, CP 364, Nampula, Moçambique.

(total de palavras, excluindo primeira pagina, resumo, abstract e referencias: 2.844)

## **Resumo**

**Contexto:** a tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que constitui um grave problema de saúde pública em Moçambique agudizado pelo abandono do tratamento. A (TB) é uma causa significativa de mortalidade na província de Nampula, devido à alta prevalência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e ao baixo nível de informação da população.

**Objectivos:** avaliar o conhecimento sobre aderência por parte dos pacientes em tratamento de (TB) no Hospital Geral de Marrere (HGM) no ano de 2014 e explicar as consequências da não adesão, com vista a garantir a conclusão do tratamento e a cura.

**Metodologia:** estudo qualitativo, descritivo, transversal, tendo como população alvo doentes com (TB) em tratamento no (HGM). Os métodos utilizados foram a consulta dos registos e dos profissionais do serviço do Programa Nacional de Combate à Tuberculose (PNCT), a identificação dos pacientes em tratamento de (TB), a entrevista individual, a educação para a saúde.

**Resultados:** avaliados 28 pacientes (50% de cada sexo) com idade média de 32 anos. A avaliação do conhecimento incidiu sobre as vantagens da aderência e as consequências da não aderência: vantagens da aderência, melhorar (29%), evitar o contágio (4%); consequências da não aderência: aumento de mortalidade (39%), contágio (29%).

**Discussão:** os pacientes têm pouco conhecimento sobre (TB) e principalmente sobre aderência terapêutica sendo necessário educa-los no (PNCT) para melhorar o sucesso terapêutico.

**Palavras-chave:** aderência, tratamento, tuberculose, Nampula, Moçambique.

## **Abstract**

**Context:** tuberculosis (TB) is an infectious disease and a serious public health problem in Mozambique aggravated by treatment abandon. (TB) is a significant mortality cause in Nampula province, due to the high Human Immunodeficiency virus (HIV) infection prevalence and to the low population information level.

**Objectives:** evaluate patients in (TB) treatment at Marrere General Hospital (MGH) adherence knowledge, 2014 and educate them about non adherence consequences, to accomplish treatment and cure.

**Methods:** qualitative, descriptive and transversal study, with (TB) patients in treatment at (MGH). We consulted Tuberculosis National Program registers and health professionals, identified patients in (TB) treatment, interviewed them and provided health education.

**Results:** 28 patients (50% of each gender) were evaluated with an average age of 32 years old. Knowledge evaluation about adherence advantages and abandon consequences showed: adherence advantages, to get better (29%), avoid transmission (4%); abandon consequences, increase mortality (39%), disease transmission (29%).

**Discussion:** patients have little knowledge about (TB) and mainly about treatment adherence so it is necessary to educate them in the Tuberculosis National Program to better therapeutic success.

## **Introdução**

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo de Koch, (1) constituindo um grave problema de saúde pública, acentuado pelo abandono do tratamento, sobretudo em países em vias de desenvolvimento como Moçambique. (2) Um estudo realizado em Espanha mostrou que (14,9%) dos pacientes tinham abandonado o tratamento; os factores associados à aderência ao tratamento eram: apoio familiar, ausência de efeitos secundários das drogas e oportunidade para receber o tratamento na clínica onde a (TB) foi diagnosticada; os factores associados ao abandono eram: tratamento que requer mais de dois meses, baixo estatuto socioeconómico, idade entre 21-30 anos, história de encarceramento e co-infecção pelo (VIH). A falta de informação da população sobre os sintomas de (TB), os custos de transporte para acesso a serviços clínicos, o estigma social ligado à doença, os problemas organizacionais para manter um acompanhamento adequado e a percepção dos pacientes sobre os serviços de saúde como pouco hospitaleiros, são factores que contribuem para a complexidade da aderência ao tratamento. Salientam-se os factores socioculturais: a compreensão das pessoas sobre a informação transmitida, da família, dos amigos e vizinhos, sobre a natureza do problema de saúde, sua causa e suas implicações. Um conhecimento da cultura de saúde desses pacientes, torna-se uma ferramenta crítica em programas de controlo de (TB) para obter êxito. (3) Outro estudo que avaliou 257 pacientes em tratamento de (TB) constatou que 87 abandonaram o tratamento antes de seis meses. Estes tiveram como factores identificados de abandono: alcoolismo, comportamento de risco para infecção pelo (VIH), doença extra-pulmonar. (4) Outro estudo qualitativo em profissionais de saúde no estado de Pará, Brasil, mostrou que dois grupos de factores estavam envolvidos na dificuldade de aderência: (1) factores associados aos pacientes (baixo estatuto socioeconómico, efeitos adversos das drogas usadas, uso de drogas ilegais e falta de auto-motivação); (2) factores associados aos serviços de saúde (estrutura física do centro de saúde, organização dos processos e acessibilidade). (5) Seriam ainda factores predisponentes para o abandono do tratamento: factores sociais como doentes com (TB) sem trabalho fixo, uso de álcool diário independentemente do sexo e do grupo etário; em relação ao serviço de saúde, a não confirmação do diagnóstico é de grande risco para o abandono. Outros factores de risco associados ao abandono, "subjectivos", como o relato de não melhoria clínica do doente, a rejeição do serviço de saúde, têm que ser melhor avaliados e compreendidos. A não melhoria pode estar relacionada a efeitos adversos das drogas, ao diagnóstico incorrecto, ou mesmo a uma

justificativa *a posteriori* do doente. O relato de “não mais voltar ao serviço de saúde” necessita da avaliação da qualidade do atendimento aos doentes. (6) Uma das principais preocupações para aumentar a efectividade dos programas nacionais de controlo da (TB) é o aumento da aderência ao tratamento, com a redução das taxas de abandono. (7) Um estudo realizado em Marrocos mostrou que um grande número de pacientes interrompe o tratamento voluntariamente antes da conclusão; o objectivo deste estudo era descrever o impacto do conhecimento e atitudes sobre (TB) na aderência ao tratamento; mais de 64% dos pacientes eram analfabetos ou tinham um nível educacional básico; o facto que a doença é curável era mais conhecido por pacientes aderentes; 83% dos pacientes tinham conhecimento sobre a duração do tratamento e sobre as consequências de não o completar; a razão principal evocada para deixar de comparecer era a sensação de estar curado (72,9%). Este estudo revela um conhecimento baixo sobre (TB) nos pacientes não aderentes, justificando a necessidade de incorporar a educação dos pacientes nos programas de tratamento da TB. (8) Outro estudo realizado na Zâmbia, destacou que os factores principais que conduzem à não aderência incluíam pacientes que começam a sentir-se bem, a falta de conhecimento sobre os benefícios de completar o tratamento, a falta de drogas em casa e os efeitos secundários daquelas. (9) Um outro estudo prospectivo questionou indivíduos suspeitos e pacientes infectados por (TB), para avaliar o conhecimento e a aceitabilidade de medidas de controlo dos pacientes numa comunidade Sul Africana; os pacientes de (TB) e os suspeitos mostraram um conhecimento semelhante sobre a doença; 57% de todos os participantes responderam que conheciam a causa de (TB), mas só 25% identificaram a etiologia microbiana correctamente; no final do tratamento os pacientes de (TB) demonstraram um conhecimento aumentado sobre a doença e um aumento da aceitabilidade de medidas de controlo da infecção doméstica. Como conclusão este estudo mostra que a aceitabilidade do controlo da infecção pelos pacientes está relacionada com o aumento do conhecimento sobre (TB). Deste modo os programas de controlo nacionais deveriam maximizar a educação sobre (TB) o mais cedo possível, para melhorar a aderência às medidas de controlo da infecção. (10) Outro estudo avaliou o conhecimento sobre adesão ao tratamento da (TB) e factores associados e entrevistou pacientes atendidos no Programa de Controlo da (TB) do Rio Grande do Sul, Brasil e seus familiares; 60% dos sujeitos possuíam conhecimento sobre adesão e este estava associado com a condição de ser portador e com o facto de já ter existido um caso da doença na família; constatou-se que o conhecimento sobre adesão é baixo, evidenciando-se a necessidade de acções

educativas destinadas aos pacientes, familiares e comunidade. A (OMS) declarou em 1993 a (TB) como um estado de urgência, alertando para a necessidade de esforços para o seu controlo. O Directly Observed Therapy Short Course (DOTS) - Tratamento Directamente Observado de Curta Duração - é uma das medidas mais eficazes para controlo da doença. A adesão do paciente ao tratamento depende do seu conhecimento sobre a patologia, sobre a duração do tratamento prescrito, sobre a importância da regularidade no uso da medicação e sobre as consequências da interrupção do tratamento. (11) Um outro estudo realizado em São Paulo, sobre causas de abandono do tratamento de (TB), refere que estas são muitas (ver Anexo 1, Quadro 1). Não encontramos nenhum estudo referente aos conhecimentos de comunidades Moçambicanas sobre aderência terapêutica na (TB). A literatura sobre o tema mostra que o conhecimento dos pacientes e familiares sobre a continuidade do esquema terapêutico recomendado para a (TB), representa um factor relevante para o controlo da doença. Nos países onde existem estudos sobre o nível de conhecimento das suas populações, dispõe-se de um ponto de partida para a implementação de programas educativos sobre a aderência ao tratamento da (TB); o facto de tal informação sobre a população Moçambicana ser quase inexistente constitui uma desvantagem para os serviços de saúde.

## **Objectivos**

### ***Objectivo geral***

Avaliar o conhecimento dos pacientes acerca da importância da aderência ao tratamento de (TB) no (HGM), para melhorar a taxa de conclusão do tratamento e de cura dos pacientes.

### ***Objectivos específicos***

- Avaliar as causas de baixa aderência ao tratamento de (TB).
- Avaliar o conhecimento dos pacientes com (TB) sobre a importância da aderência.
- Educar os pacientes com (TB) do (HGM) acerca das consequências de não aderir ao tratamento e promover a adesão.

## **Metodologia**

Foram consultados os livros de registo disponíveis no (PNCT) do (HGM), para recolher informação sobre os doentes em tratamento. Os profissionais de saúde foram entrevistados sobre o funcionamento do sector, as medidas para garantir a aderência ao tratamento, a disponibilidade de medicamentos, o que é feito em caso de falta de comparência ou abandono do tratamento. Os pacientes foram igualmente submetidos a entrevista e educação para a saúde.

### ***Tipo de estudo***

Estudo - acção, misto quantitativo e qualitativo, exploratório, de coorte transversal, utilizando entrevista e questionário. Universo: pacientes com (TB) em tratamento no (HGM). Os profissionais de saúde do (PNCT) participaram na investigação colaborando na disponibilização dos livros de registo e na identificação dos pacientes.

### ***Seleccção dos Instrumentos de medida***

Entrevista, (12) semi-estruturada aos profissionais de saúde do (HGM); inquérito, com questionário para os pacientes em tratamento de (TB) em regime ambulatorio do (HGM).

### ***População - alvo do estudo***

Crítérios de inclusão: idade  $\geq$  15 anos, pacientes em tratamento de (TB) em regime ambulatorio, voluntários que assinaram o Termo de Consentimento Informado (TCI). Crítérios de não inclusão: pacientes com (TB) que fazem o tratamento em outra unidade sanitária, pacientes em tratamento de (TB) no (HGM) em regime de internamento, idade inferior a 15 anos, pacientes que não assinaram o (TCI).

### ***Variáveis***

Variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, nível académico e profissão. Variáveis dependentes: fase de tratamento, ruptura de stock de medicamentos, teve educação sobre aderência, tem dificuldades de acesso, já falhou medicação, conhece consequências do abandono, família apoia, bom atendimento na unidade de saúde (US).

### **Bioética**

O estudo seguiu todas as orientações da Declaração de Helsínquia (revisão de 2013).

### **Análise dos dados**

Os dados foram tratados com o programa informático Microsoft Office Excel.

## **RESULTADOS**

### ***O grupo em estudo***

O grupo em estudo compõe-se de 28 pacientes em tratamento de (TB) no (PNCT) no (HGM), sendo 14 (50%) do sexo feminino e 14 (50%) do sexo masculino, todos de nacionalidade Moçambicana; a média etária foi de 32 anos (entre os 16 e os 75 anos), sendo a média etária das mulheres (26 anos, entre os 16 e os 45) inferior em 13 anos à dos homens (39 anos, de 23 a 75). Analisando o grau de escolaridade verifica-se que 14% do grupo detêm o nível de ensino médio, de forma idêntica para os 2 sexos. Existe uma predominância de analfabetos nas mulheres (14%

em relação a 0% nos homens). No que respeita o Estado Civil verifica-se que a maioria dos pacientes (79%) é solteira, separado ou viúvo, sendo esta condição ainda mais prevalente nas mulheres.

### ***Processo de tratamento***

Verificamos que 82% dos pacientes estão em fase intensiva e que os pacientes em fase de manutenção estão todos separados (100%), estando a mesma característica presente em 74% dos pacientes em fase intensiva. Ao avaliar a distância média percorrida pelos pacientes para aceder à US encontramos 6 km, com um mínimo de 1 km e um máximo de 20 km. Todos os pacientes responderam que vem buscar os medicamentos à (US) de dois em dois dias. Quando perguntamos se tem dificuldade para levantar os medicamentos 32% dos pacientes afirmam que sim; analisando a ocorrência deste facto por sexo verificamos que as mulheres tem mais dificuldades que os homens). Analisando a dificuldade para levantar os medicamentos segundo a fase de tratamento, verificamos que os pacientes em fase intensiva referem dificuldades acrescidas. Analisando o tipo de dificuldades para levantar os medicamentos, a maioria dos pacientes (61%) indica a distância a percorrer até à (US) como o principal obstáculo (sobretudo as mulheres), sendo o segundo lugar ocupado pela falta de medicamentos na (US), apontada por 50% dos pacientes (também mais mencionada pelas mulheres).

### ***Conhecimento sobre aderência ao tratamento da tuberculose***

A avaliação do conhecimento dos pacientes com (TB) sobre aderência ao tratamento baseou-se em cinco perguntas sobre as vantagens da aderência e quatro perguntas sobre as consequências da não aderência; constatou-se que entre os 28 pacientes, 12 (43%) conhecem as respostas às cinco perguntas como vantagens da aderência ao tratamento (5 homens e 7 mulheres) e metade (50%) conhecem as quatro respostas às perguntas sobre consequências de não aderência ao tratamento (5 homens e 9 mulheres).

### ***Resultado das entrevistas aos profissionais de saúde***

Os pacientes recebem os medicamentos de dois em dois dias: 2<sup>as</sup>, 4<sup>as</sup> e 6<sup>as</sup> feiras, levando o medicamento do mesmo dia e do dia seguinte durante todos os meses de tratamento, devido à localização do Hospital que dificulta aos pacientes a busca diária dos medicamentos. Durante o fornecimento dos medicamentos aos pacientes, o profissional de saúde garante a observação directa da toma. Em caso de falta do paciente, comunica-se ao líder comunitário via telefónica para entrar em contacto com o paciente para que ele venha levantar os medicamentos. Para



garantir a aderência ao tratamento, é feita educação para a saúde através de palestras, diariamente. A causa mais preocupante de não aderência é a distância seguida da preocupação dos pacientes sobre o longo período de tratamento. As medidas educativas para melhorar a aderência podem ser: condições e fundo para supervisão semanal, transporte em busca de pacientes a longa distância, disponibilidade de mota para o (PNCT), activistas formados para levar (DOTS) a localidades distantes.

### **Análise e Discussão**

A adesão ao regime terapêutico é um conceito que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, pelo que o doente deve compreender como o regime terapêutico se relaciona com a sua vida. (13) Engloba ainda as características do grupo em estudo, a maneira como é desenvolvido o processo de tratamento e o conhecimento dos pacientes em tratamento sobre a doença, principalmente sobre aderência, suas vantagens e consequências de não aderência.

### ***O grupo em estudo***

A doença predomina nos homens de idade avançada. O grupo em estudo tem um baixo nível de escolaridade (7% analfabetos, 79% ensino básico) e um deficiente domínio da língua portuguesa, o que prejudica a compreensão do processo de doença e tratamento e constitui um obstáculo na melhoria do estilo de vida e na captação do conhecimento. De igual modo a prevalência da condição de estado civil de solteiro, separado ou viúvo (79%) pode interferir negativamente sobre a aderência ao tratamento.

### ***Processo de tratamento***

Tendo em conta que os pacientes percorrem uma média de 6 km para levantar os medicamentos, podemos estimar a dificuldade de acesso á (US), configurando um obstáculo à aderência terapêutica. Nos pacientes estudados, 61% referem a distância como grande obstáculo para aquisição do medicamento. Outro problema referido pela metade dos pacientes (50%) é a falta de medicamentos na (US). Analisando por fase de tratamento, verificamos que as dificuldades para levantar os medicamentos se encontram sobretudo na fase intensiva e este dado pode contribuir para o aparecimento de resistência bacteriana.

### ***Conhecimento sobre aderência***

Para avaliar o nível do conhecimento do grupo sobre a doença, foram mencionadas as vantagens da aderência e as consequências da não aderência ao tratamento: vantagens da aderência,

melhorar (29%), evitar o contágio (4%), diminuir a morbi-mortalidade (0%) e todas mencionadas (43%); consequências da não aderência, aumento de morbi-mortalidade (39%), propagação da doença (29%), sequelas (0%) e todas mencionadas (50%). Analisando o conhecimento por género encontra-se que “evitar o contágio” só foi referido pelas mulheres (7%); a vantagem “diminuir a morbi-mortalidade” isoladamente não foi referida por nenhum paciente, mas a resposta de “todas as mencionadas” foi mais referida pelas mulheres. Em relação às consequências, o “aumento da morbi-mortalidade” e a “propagação da doença” são mais conhecidas pelos homens; a consequência “sequelas” não foi referida por nenhum paciente mas a resposta “todas mencionadas” foi também mais referida pelas mulheres. Os dados obtidos mostram um baixo conhecimento sobre aderência terapêutica, uma vez que a resposta com todas as vantagens mencionadas só foi respondida por 43% dos pacientes e só 4% sabem que a doença é contagiosa. Os pacientes desconhecem que a doença resulta em sequelas se não for bem tratada, na medida em que a resposta sobre a consequência “sequela” não foi referida por ninguém; a resposta “todas as consequências mencionadas” foi referida por metade dos pacientes (50%). É fundamental investir na prevenção e tratamento precoce, principalmente entre os grupos mais desfavorecidos e mais susceptíveis à infecção; para tal é necessário um investimento na educação destas comunidades, além dos próprios pacientes, tendo em conta que essa população carece de informação pertinente.

### **Conclusão**

A (TB) é uma doença infecto-contagiosa constituindo um dos mais graves e persistentes problemas contemporâneos de Saúde Pública. Está frequentemente associada a indicadores sociais de pobreza, como a exclusão social, o baixo nível educacional e habitacional, a desnutrição e a dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde. O abandono do tratamento é considerado um dos maiores obstáculos ao combate da doença no país. O tratamento incompleto não garante a cura bacteriológica e pode ter um efeito deletério na saúde pública, pois o paciente persiste disseminando os bacilos. A adesão e continuidade do tratamento são influenciadas por aspectos relacionados às características do serviço, dos pacientes e do próprio tratamento (reações adversas, longa duração), à melhoria clínica nos primeiros meses de tratamento, às dificuldades para aceder às (US) ou ainda à não-aceitação da doença. O abandono ocorre pelo facto de o paciente não ter a devida percepção da doença e desconhecer a importância do tratamento no período adequado. A melhoria da relação médico - paciente, bem

como a melhoria da organização e do atendimento incluindo a redução no tempo de espera para as consultas, são factores importantes que levam a uma boa adesão. Assim como o conhecimento e a desmistificação das crenças sobre a doença e o seu tratamento, contribuem de forma relevante para a conclusão do tratamento e a cura do paciente. Devemos realçar que os pacientes em tratamento de (TB) no (HGM) têm um baixo nível de conhecimento sobre a doença, principalmente no que se refere às vantagens da aderência e consequências da não aderência (os pacientes que conhecem todas as vantagens da aderência não chegam a metade do grupo, 43% e metade do grupo, 50%, conhece todas as consequências da não aderência). Esta situação afecta o nível de aderência ao tratamento, mostrando a importância de incentivar a educação dos pacientes no (PNCT) para melhorar o sucesso terapêutico e a taxa de cura.

### **Bibliografia**

1. Murray RP, Rosental SK, Pfäuer M. Microbiologia médica. 5 ed. Elsevier. Mexico. 2007. p 296.
2. Cáceres FO. Incidence of and factors for non-compliance to antituberculous treatment. Biomedica. Spain. 2007. PMID: 18320117.
3. Rubel AJ, Garro LC. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. Department of Family Medicine, University of California, USA. 1992. 92613-1491. PMID: 1454974.
4. Deheinzelin D, Takagaki TY, Sartori AM, et. Al. Predictive factors of abandoning treatment in tuberculosis patients. Serviço de Pneumologia, Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. PMID: 9163973.
5. Rodrigues IL, Monteiro PR da S. Abandonment of tuberculosis treatment among patients co-infected with TB/HIV. Rev Esc Enferm USP. Universidade do Estado do Pará, Belém, Brasil. 2010. PMID: 20642050.
6. Sonia N, Joaquim V, Germano G, Maria LP. Modelo de previsão para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. V.7 n.1. Fundação Nacional de Saúde Bol Pneumol Sanit, Rio de Janeiro, 1999.
7. Slama K, Tachfouti N, Nejari C, Berraho M. The impact of knowledge and attitudes on adherence to tuberculosis treatment. Clinical research and Community health. Faculty of Medicine, Morocco. 2012. PMID: 22937192.

8. Junior A, Mac A, Perdigão P. Manual de tuberculose - Programa Nacional de combate de tuberculose. MISAU, Maputo, 2003.
9. Tuba, M, Kaona FA, Sikaona L, Siziya S. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. Mwengu Social and Health Research Centre. Ndola, Zambia. 2004. PMID: 15625004.
10. Angulo YG, Van HG, Mahomed JS. Knowledge and acceptability of patient-specific infection control measures for pulmonary tuberculosis. University of Cape Town. South Africa. 2013. PMID: 23375576.
11. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e factores associados, no município do Rio Grande. ABRASCO, Rio de Janeiro, Brasil. 2008.
12. Maria CSM, Suely FD, Otávio CN, et. Al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Vozes. Petrópolis, Brasil, 2002.
13. Catela AI, Amendoeira J. Viver a adesão ao regime terapêutico. Universidade Católica Portuguesa, Portugal. 2008.

### **Conflitos de interesses dos autores**

O investigador principal docente e os investigadores estudantes autores do estudo assinaram individualmente uma declaração negando a existência de quaisquer conflitos de interesses potencialmente interferindo com a execução do estudo segundo as normas de rigor científico.

### **Financiamento do estudo**

Este estudo foi financiado pela Universidade de Saskatchewan do Canada, parceira da FCS da Universidade Lúrio, com a quantia de onze mil meticais (11.000 Mt).

Anexo 1

Quadro 1: Classificação das causas do abandono do tratamento de (TB).

Categorias relacionadas ao abandono	Indicadores
Serviços de Saúde	Impossibilidade de comparecer às consultas no horário de agendamento. Problemas relacionados ao trabalho dos profissionais de saúde. A demora na sala de espera.
Tratamento	A intolerância medicamentosa. A regressão dos sintomas no início da terapêutica. O longo tempo do tratamento. A grande quantidade de comprimidos a serem ingeridos. A melhoria clínica do paciente após o início do tratamento. Os efeitos colaterais dos medicamentos. A frustração por não sentir melhora com o tratamento. A presença de náuseas e vômitos. Esquecimento da ingestão de medicamentos.
Hábitos do paciente	O uso de drogas ilícitas, alcoolismo, tabagismo.
Baixo nível social e económico	Falta de recurso económico para alimentação e locomoção. As pessoas sem residência fixa. A má alimentação. Impossibilidade de faltar ao emprego para comparecer às consultas. Impossibilidade de pagar meios de transporte para comparecer às consultas. A não inserção no mercado de trabalho.
Falta de informação / Baixa escolaridade	Falta de informação sobre a (TB), adequada aos pacientes e familiares. O baixo nível de escolaridade ou analfabetismo.
Estigma da TB	Revolta com a doença. O estigma de (TB) (representações negativas do paciente relacionadas à doença e ao tratamento). Baixa auto estima.
Estrutura familiar	Falta de apoio de familiares no tratamento, falta ou não estruturação familiar.
Condição do paciente	Co-infecção de (TB) e (VIH). Presença de outras doenças concomitantes. Ser presidiário.
Pensamento religioso e mágico	Frustração por não sentir melhora com o tratamento associado ou não a ideias mágicas sobre doença. A crença da obtenção da cura através da fé.