



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Barbosa Wendling, Ana Paula; Modena, Celina Maria; Torres Schall, Virgínia
O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de
saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, núm. 1, marzo, 2012, pp. 77-85
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71422299009>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE SOB A PERSPECTIVA DOS GERENTES DE DIFERENTES CENTROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE-MG, BRASIL¹

Ana Paula Barbosa Wendling², Celina Maria Modena³, Virgínia Torres Schall⁴

¹ Este estudo é parte da tese - Tuberculose Pulmonar: estudo do abandono do tratamento na visão de profissionais de saúde de Belo Horizonte, MG, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2011.

² Doutora em Ciências. Minas Gerais, Brasil. E-mail: anawendling@yahoo.com.br

³ Doutora em Ciências. Pesquisadora Visitante CPqRR/FIOCRUZ. Minas Gerais, Brasil. E-mail: celina@cpqrr.fiocruz.br

⁴ Doutora em Educação. Pesquisadora Titular do CPqRR/FIOCRUZ. Minas Gerais, Brasil. E-mail: vtschall@cpqrr.fiocruz.br

RESUMO: O Programa Nacional de Controle da Tuberculose requer a organização e adequado funcionamento dos serviços de saúde para o cumprimento do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde, um dos pilares para o controle da doença. Este estudo qualitativo objetivou investigar, sob a perspectiva de gerentes de Centros de Saúde de Belo Horizonte-Minas Gerais, aspectos relativos ao funcionamento dos serviços que coordenam face ao abandono do tratamento da tuberculose e a viabilidade de cumprir as diretrizes do Programa de Controle da doença. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e interpretados pela Análise Temática de Conteúdo. Os relatos indicam que os serviços ainda não cumprem a perspectiva da integralidade, requerendo melhor organização e processos de educação permanente das equipes para enfrentar o abandono e elaborar novas alternativas para ampliar a adesão e conclusão do tratamento.

DESCRITORES: Gestores de saúde. Pesquisa qualitativa. Tuberculose. Abandono de tratamento.

ABANDONMENT OF TUBERCULOSIS TREATMENT IN THE PERSPECTIVE OF HEALTH CENTERS MANAGERS IN BELO HORIZONTE-MG, BRAZIL

ABSTRACT: The Brazilian National Tuberculosis Control Program requires the organization and proper functioning of health services to meet the principle of integrality, one of the pillars of the Brazilian Unified Health System and the most important orientation for tuberculosis control. This study aims to investigate, in the perspective of nine managers of health centers in Belo Horizonte, MG, Brazil, aspects concerning the functioning of the services they coordinated, associated to noncompliance with tuberculosis treatment and the feasibility of meeting Program guidelines. Data were collected through semi-structured interviews and interpreted by means of thematic content analysis. Reports indicate that health services did not comply with the integrality orientation, requiring better organization and continuing education processes of health professionals to deal with abandonment and to develop new alternatives to improve treatment adherence and compliance.

DESCRIPTORS: Health centers managers. Qualitative research. Tuberculosis. Treatment abandonment.

EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN LA PERSPECTIVA DE DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD DE BELO HORIZONTE-MG, BRASIL

RESUMEN: El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Brasil requiere la organización y funcionamiento de los servicios de salud para cumplir con el principio de la integralidad del Sistema Único de Salud, uno de los pilares para el control de la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo investigar desde la perspectiva de nueve administradores de centros de salud en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil los aspectos relativos al funcionamiento de los servicios que coordinan asociados con el abandono del tratamiento de la tuberculosis y la viabilidad para cumplir con las directrices del Programa. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas e interpretados por análisis de contenido temático. Los informes indican que los servicios no cumplen con la perspectiva de la integralidad y requieren una mejor organización así como de procesos de formación permanente de profesionales de la salud para hacer frente al abandono y desarrollar nuevas alternativas para aumentar la adherencia y la finalización del tratamiento.

DESCRIPTORES: Gerentes de salud. Investigación cualitativa. Tuberculosis. Abandono del tratamiento.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é um importante problema de saúde pública, sendo responsável por 1,8 milhões de mortes em 2008.¹⁻² O Brasil é o 15º país em número de casos dentre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo.³ A taxa de incidência média da doença no Brasil foi de 38,6/100 mil habitantes em 2008 e de 37,2/100 mil habitantes em 2010⁴. Comparando com a média nacional, o Estado de Minas Gerais⁴ e Belo Horizonte⁵ apresentaram uma taxa de incidência de 22,8/100 mil habitantes em 2008 e 53,2/100 mil em 2001, respectivamente. Destaca-se o fato de Belo Horizonte ser a terceira capital no Brasil em maior número de abandono, registrando-se uma taxa de 21%. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como aceitável uma taxa de abandono de até 5%.⁶

O tratamento da tuberculose é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é orientado pelas diretrizes do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). O Estado fornece o tratamento gratuitamente, seguindo um esquema terapêutico que combina várias drogas.⁷ O tratamento ainda é longo (seis meses), e o seu abandono ou a irregularidade na manutenção são frequentes, constituindo, ainda hoje, um dos maiores desafios para o cumprimento do PNCT.⁸

O PNCT incorporou a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que em 1997 implantou Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração, denominado no Brasil como DOTS, o que advém da sigla em inglês (*Directly Observed Therapy Short-Course*). O DOTS consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que observa e registra a ingestão de cada dose da medicação. A estratégia do DOTS, considerada uma tecnologia de gestão de cuidado para o controle da tuberculose, inclui, para além do tratamento, outras atividades como investigação do perfil sociocultural e econômico do paciente e de sua família, suporte psicológico aos mesmos, monitoramento do estado de saúde do indivíduo tratado, dentre outras recomendações. Tal abordagem visa ao aumento da adesão, a maior descoberta das fontes de infecção e ao aumento da cura, reduzindo-se o risco de transmissão na comunidade.⁶

O sucesso da estratégia do DOTS está associado à capacidade dos serviços de saúde de cumprir com um dos princípios do SUS, a integralidade, que orienta o PNCT em sua dimensão

sistêmica, requerendo atenção integral e contínua por meio de ações articuladas em rede e práticas de saúde qualificadas por profissionais de equipes multidisciplinares, considerando o paciente em uma abordagem humanista.

Fatores culturais e socioeconômicos, além da representação dos indivíduos sobre a sua saúde, a doença e o corpo, influenciam o abandono do tratamento.^{5,9-13} O abandono do tratamento associado a problemas individuais dos pacientes já está bem descrito na literatura. Entretanto, faltam estudos sobre a percepção dos profissionais de saúde quanto à dinâmica dos serviços de saúde e a forma com que têm enfrentado o problema do abandono do tratamento, sendo esses aspectos relevantes para ampliar as ações empreendedoras e viabilizar soluções possíveis.

Tendo em vista essas considerações, este estudo teve como objetivo analisar, na perspectiva de gerentes de Centros de Saúde (CS) de Belo Horizonte, Minas Gerais, como os serviços sob sua coordenação têm cumprido as orientações do PNCT, sob a égide da integralidade, e como percebem os motivos que levam ao abandono.

METODOLOGIA

Para a realização do estudo, optou-se pela metodologia da pesquisa qualitativa caracterizada como descritivo-exploratória. Seguindo o delineamento dos estudos de abordagem qualitativa, a amostra dos sujeitos não foi pré-determinada, mas intencionalmente procurou-se por sujeitos que poderiam fornecer as informações necessárias ao alcance do objetivo da pesquisa. Os critérios definidos para a seleção dos sujeitos foram os de que estes deveriam ser gerentes de serviços de saúde, de ambos os性os, onde fosse verificada a ocorrência de maior número de casos de abandono do tratamento da tuberculose. Esses dados foram obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), optando-se por três regionais (Nordeste, Oeste e Pampulha) do município de Belo Horizonte, onde havia maior número de casos de abandono do tratamento da tuberculose, dentre as nove regionais de saúde do município.^{**}

Assim, os sujeitos do estudo foram nove gerentes de CS, distribuídos nas regionais: Nordeste (quatro profissionais), Oeste (três) e Pampulha (dois). A escolha dos gerentes foi orientada pela direção da Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia (GEREP) de cada regional,

* Dados referentes aos abandonos ocorridos em 2007 e 2008.

com base no número mais expressivo de abandono de tratamento de cada CS. O número de sujeitos foi delimitado pela redundância ou repetição de informações obtidas e analisadas a cada entrevista.¹⁴

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, seguindo um roteiro elaborado e validado, com questões fechadas referentes a dados sociodemográficos dos gerentes e perguntas abertas relacionadas ao conhecimento do PNCT e cumprimento do princípio da integralidade quanto ao tratamento da tuberculose, as maneiras de pensar e agir dos pacientes frente à doença e ao tratamento, as dificuldades dos serviços de saúde sob sua coordenação, e os motivos associados ao abandono do tratamento. As entrevistas foram realizadas pela primeira autora após treinamento pelas orientadoras no estudo piloto de validação do roteiro.

A coleta foi realizada entre os meses de abril a agosto de 2010, após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer 0012.0.410.245-09) e do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ (Parecer 0028.0.245.000-8), de acordo com o que é estabelecido pela Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foi garantido o sigilo das informações. Os nomes dos gerentes referidos no estudo são fictícios (nomes de flores).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para categorização e análise dos dados. Para isso, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática,^{15,16} que envolve as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Para a análise dos dados obtidos, realizou-se, num primeiro momento, a leitura flutuante do material, organizando-se e definindo-se as categorias de análise, sub-categorias e os trechos significativos. Posteriormente seguiu-se a interpretação dos dados, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que foi relatado.¹⁵

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise do material, considerou-se a perspectiva da integralidade no PNCT, a qual explicita que um dos objetivos do SUS é a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e de atividades

preventivas. Sob essa orientação emergiram duas categorias que interpretam o abandono associado ao funcionamento do serviço de saúde para o cumprimento das diretrizes do PNCT e às dificuldades dos serviços e perspectivas de resolução dos desafios. Outra categoria associa o abandono ao usuário, destacando aspectos do estilo de vida, características pessoais e sociais dos pacientes. Essas categorias serão apresentadas e discutidas a seguir.

O abandono associado ao funcionamento do serviço de saúde para o cumprimento das diretrizes do PNCT

Os gerentes relatam como enfrentam a demanda de pacientes com tuberculose no CS. Com relação à notificação dos casos, todos os gerentes relataram que há acompanhamento e notificação: *todos os casos têm que ser notificados. A medicação, inclusive, está vinculada à notificação* (Magnólia). E um deles informou que está ocorrendo aumento de casos: *uma coisa interessante que outro dia a enfermeira comentou comigo, que ela notou que a gente está tendo um aumento agora e eu observei que chegaram recentemente algumas notificações também, parece que casos novos descobertos* (Rosa).

Apesar dos esforços para que a notificação seja feita de forma correta, do total de casos novos de tuberculose estimados pela OMS, menos da metade são notificados, situação que traduz a insuficiência das políticas de controle¹⁷ e requer esforços para criar sistemas inteligentes de monitoramento da doença, fazendo uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs).¹⁸

Quanto à sensibilização e forma de organização da equipe, os gerentes relataram atividades para os profissionais de saúde, caracterizadas como reuniões, cursos de capacitação, uso de materiais de divulgação e até um espaço próprio para acompanhamento dos pacientes com registro em livro de protocolo: [...] *existe toda uma sensibilização no atendimento, a gente está até passando por um treinamento que está mudando a medicação, existe uma enfermeira que é responsável por todo mês checar as notificações, as evoluções, vê se está acompanhado, para não ocorrer a perda do paciente, então é basicamente assim que a gente tem trabalhado, né* (Amarilis).

Como já relatado pela literatura, percebe-se a necessidade de instituir um programa de educação continuada com a finalidade de atualização quanto aos diferentes aspectos relacionados à assistência,¹⁹ o que também se observa no presente estudo a despeito dos esforços da equipe da saúde.

Dentre os livros de registro citados, foi mencionado por alguns gerentes a existência de um livro “verde/preto” para anotações da casuística de tuberculose, revelando que a equipe de saúde não o utilizava ou utilizava mal ou nem o conhecia: *é o livro verde que eu já falei, o de registro mesmo dos casos que deve ser feito por toda unidade e todo mundo anota lá quem são os pacientes tuberculosos e qual foi o início de tratamento e qual mês que ele está, qual é o esquema que ele está usando (Magnólia); [...] aqui não tinha, eu comecei a correr atrás desse livro. Então eu orientei o auxiliar quando ele ia anotar todo sintomático respiratório [...]. Aí eu consegui resgatar algumas coisas e a gente começou a usar esse livro (Hortênsia).*

O PNCT recomenda a utilização de dois livros, um para registro dos pacientes sintomáticos respiratórios e outro, chamado de livro de acompanhamento mensal para anotação de casos confirmados de tuberculose. Entretanto, nenhum dos gerentes entrevistados informou com clareza sobre a utilização desses livros, o que é mencionado de forma indireta nos relatos a seguir.

Foi verificado que as informações de cada paciente são registradas no prontuário, o que permite o acompanhamento das visitas domiciliares e dos procedimentos realizados: *a gente tem esse registro, anota no prontuário. O paciente, no dia que ele vem a primeira vez, a gente preenche o formulário do sintomático respiratório. Fez exame, deu positivo, aí ele já anota no prontuário o inicio do tratamento, a gente faz a ficha de notificação. Então os pacientes são acompanhados mensalmente e a gente preenche uma planilha de acompanhamento que manda para a epidemiologia (Margarida).* Alguns gerentes referiram-se ao prontuário eletrônico: *mas o fundamental disso é que a história do paciente está registrada no prontuário eletrônico, ele tem consulta mensal garantida e cobrada. Tudo fica registrado (Jasmim).*

Um problema constantemente relatado pelos gerentes é a dificuldade de identificação dos casos e do diagnóstico dos pacientes na comunidade: *agora um dado que a gente tem e que não é muito legal é que um percentual de diagnósticos, a maioria é feita fora da unidade, é feito no hospital e não aqui. Isso mostra pra gente que as pessoas não estão identificando tanto os casos né? Então isso está faltando olhar né? (Rosa).*

Vale ressaltar que uma das prioridades do PNCT 2001-2005²⁰ relaciona-se ao diagnóstico precoce da doença. Porém, de acordo com os gerentes entrevistados, acredita-se que muitos casos de tuberculose não estejam sendo diagnosticados, seja por não terem acesso aos serviços de saúde ou devido ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos sintomáticos respiratórios.

Com relação à distribuição dos casos por área, um gerente afirma que há incidência em todos os bairros atendidos pelos CS, independente da situação socioeconômica: *eles estão espalhados [...]. Eu tenho uma área mais carente e tenho uma área melhor. A incidência é praticamente a mesma na área melhor e na área carente (Margarida).*

Pela sua condição de doença transmissível, a tuberculose pode acometer qualquer pessoa, independente da sua condição econômica e social,²¹ porém dados epidemiológicos demonstram que a doença atinge mais as populações desfavorecidas,²² contradizendo a posição do entrevistado.

Foram identificados diversos procedimentos para acompanhamento dos pacientes. Todos os gerentes relatam a utilização do DOTS pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), além da busca ativa quando o paciente não retorna ao CS para retirar a medicação e dos sintomáticos respiratórios e seus contatos: *o medicamento fica no Centro de Saúde e o usuário vem. Não veio hoje, a gente já sabe que ele não veio e manda fazer busca ativa. (Jasmim); o ACS vai a casa duas ou três vezes na semana para fazer esse acompanhamento e responsabiliza um familiar também para fazer a supervisão nesses dias em que o ACS não vai (Hortênsia); [...] uma grávida minha com tuberculose, no lote que ela morava, seis moradias, foram mais de 30 pessoas que eu tive que fazer rastreamento (Dália).*

Com a implementação do DOTS os seus benefícios foram confirmados, pois após três anos de programa, conseguiu-se reduzir em 35% a incidência de tuberculose.²³ A redução da incidência está associada à diminuição do abandono do tratamento em decorrência do DOTS e consequente cura, decrescendo o número de doentes potencialmente transmissores que poderiam disseminar a doença. De acordo com o Ministério da Saúde a busca ativa de sintomáticos respiratórios e dos contatos deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros da equipe de saúde.²⁰ Ela permite que o ACS identifique na comunidade pessoas tossindo por três semanas ou mais e as encaminhem para pesquisa de tuberculose.²⁴ Além disso, é na detecção de um novo caso de tuberculose que se inicia a investigação em todos os contatos.²⁵

Outro aspecto importante que deve ser considerado é a utilização de equipes multidisciplinares como assistente social e psicólogo para construir estratégias que permitam reduzir o abandono. Entretanto, nem todos os CSs possuem estes profissionais: *a gente trabalha com a assistente social, que é o que a gente tem aqui (Margarida).* Para contornar

essa situação, muitos gerentes encaminham os pacientes para outros CS da mesma regional que possuem estes profissionais.

Os gerentes relataram que os enfermeiros e, principalmente, os ACSs, utilizam o diálogo com os pacientes e seus familiares como forma de atendimento e acompanhamento, e repassam para o Centro de Saúde as informações obtidas quando o paciente deixa de comparecer nas atividades programadas: *conversa com ele, faz uma abordagem 'você tomou direitinho?' 'Sobrou algum comprimido lá na sua casa?' (Margarida); [...] a gente já coloca ele tranqüilo que isso tem cura, que você não vai transmitir para ninguém, então é um trabalho que a gente chama de aconselhamento, não é só entregar o remédio, a gente conversa, entra na orientação do médico, da enfermeira, entendeu? (Dália).*

A identificação dos pacientes com os profissionais ligados ao seu tratamento, às orientações formais ou informais que não aquelas de consulta médica, mudam a postura do paciente frente ao seu tratamento,²⁶ como enfatizado pelo PNCT.²⁰

Embora não tenha sido relatado pelos gerentes entrevistados, aspectos relacionados ao Centro/Serviço de Saúde como qualidade do serviço, organização, irregularidades na distribuição dos medicamentos, precariedade do atendimento, dificuldades de acesso e negligência no acompanhamento dos pacientes, são relatados na literatura como possíveis causas de não adesão ao tratamento.^{9-10,12-13} O prolongado tempo de espera dentro do serviço desestimula o retorno àquele serviço, e talvez até a continuidade do tratamento, principalmente aqueles que se encontram assintomáticos.¹² Existem ainda os fatores relacionados aos profissionais de saúde, como o não cumprimento dos horários, refletindo na qualidade do exame clínico e na interação com o paciente.^{11,13}

Estilo de vida, características pessoais e sociais dos pacientes e o abandono do tratamento

Em relação às histórias de abandono, os gerentes relataram as diferentes situações vivenciadas no Centro de Saúde: *a gente já teve vários casos de tuberculose, casos complicados até de a gente ter que pensar como que faria. Tuberculose em traficante, por exemplo. E o traficante preso, e a gente tendo que fornecer medicação para ele. Num período ele esteve solto, noutro período ele esteve preso, ele foi preso com outro nome e a gente tendo que ver como que faria uma ponte para o tratamento desse cidadão (Cravo); [...] eu tenho muita história de abandono, uma paciente que saiu de casa e virou andarilha e*

sumiu. Ela foi morar na rua. (Rosa); [...] ele não era nem alcoólatra e nem drogado, mas ele morava com os tios e quando os tios ficaram sabendo que ele estava doente, puseram ele para fora de casa (Margarida).

A desestrutura familiar foi mencionada por todos os gerentes, bem como a falta de apoio da família e de interesse do próprio paciente (autoestima). Como já descrito em diversos trabalhos,²⁷⁻²⁸ estes achados revelaram como os laços afetivos e o apoio da família são importantes no processo de cura, e que o autocuidado e a vontade de se curar também são essenciais: *[...] todo paciente que a gente teve relato de abandono é paciente que tinha uma insuficiência na estrutura familiar. Então eu acho que está muito relacionado com a questão da auto-estima e do apoio familiar (Margarida); [...] quem abandona não tem um vínculo afetivo forte. Nós temos um adulto que não se sente num vínculo afetivo confortável, então eu não me importo de me tratar, porque eu não me importo de contaminar as pessoas, a impressão que dá é essa (Jasmim); outro fator relacionado é se a pessoa realmente nega a doença ou não tem muito compromisso com a sua própria saúde (Magnólia); se você não conseguir convencer o paciente que é importante ele se tratar, que é importante ele se convencer disso, não tem política pública nenhuma que vai convencê-lo disso (Margarida).*

Observa-se que os entrevistados relatam que a maioria dos fatores que contribuem para o abandono estão relacionados aos pacientes, revelando que tem sido conferido a eles maior carga de responsabilidade pela adesão ou não ao tratamento.

Estudos têm focalizado o sofrimento de pacientes crônicos e concluído que o sucesso do tratamento é fortemente dependente do comportamento deles.²⁹ Entretanto, antes de responsabilizar apenas os pacientes pelo seu estado de saúde, é preciso refletir se os CS estão cumprindo seu papel de promotores da saúde e cumprindo os objetivos do PNCT, pois nenhum dos Centros visitados desenvolviam ações educativas em saúde voltadas para tuberculose.

O consumo de bebida alcoólica foi um fator muito citado entre os gerentes, que também relataram que o paciente que faz uso de drogas está mais suscetível ao abandono do tratamento, sendo frequente a associação do consumo de drogas com o alcoolismo: *[...] nós conhecemos o G. em janeiro, já com a história de tuberculose, com difícil adesão ao tratamento, fizemos busca ativa, tentamos de todas as formas fazê-lo aderir, chamamos várias vezes e ele não comparecia, tem a questão do etilismo aí. G. é etilista crônico. (Violeta); a gente tem várias situações, alcoolismo, drogadição, as próprias condições sociais da*

pessoa aqui no bairro muitas vezes atrapalha né? (Cravo); 'porque que você faz isso? 'Porque eu não posso ficar sem beber, não posso ficar sem fumar, porque não pode isso, não pode aquilo, eu não dou conta' (Dália).

Este perfil de pacientes consumidores de álcool e drogas que abandonam o tratamento não é incomum. Diversos estudos apontam que o uso de bebidas alcoólicas é um dos principais fatores de abandono do tratamento, assim como o uso de drogas.^{5,9-13,26-28}

Outro fator relatado foi a ação dos efeitos colaterais da medicação e a melhora após o início do tratamento: 'eu vou vomitar o remédio inteiro no caminho, não vai adiantar nada' [...] é muito comprimido, eles dão enjôo, eles mudam a coloração da pele, tem um tanto de coisa, tem paciente que tem alergia, eu acho que isso ajuda e acho que assim, você já está com um tanto de efeito colateral, aí você começa a tomar o remédio, você dá uma melhorada, aí você acha que já sarou. (Margarida); [...] o que a gente observa é que no início é difícil né? E quando ele consegue passar esse início difícil e ele tem uma pequena melhora do quadro, ele ganha peso, ele começa a voltar para as atividades e tal, melhora a tosse, aí ele fala assim, 'Há, eu já estou bom, não precisa tratar esse tempo todo, né?' (Hortênsia).

A sensação que o paciente tem de bem-estar após a fase inicial do tratamento e a ocorrência de efeitos colaterais dos medicamentos também tem sido uns dos motivos mais apontados para o abandono.^{5,12-13,21,26,29} É interessante observar o relato de um gerente, que após explicar que a melhora não significa cura, o paciente retornou ao tratamento, revelando de novo a importância da relação do profissional com o paciente. Contudo, as explicações nem sempre são suficientes, requerendo outras alternativas, como vídeos onde os fenômenos de resistência e retomada da doença podem ser ilustrados e melhor discutidos com os pacientes.

Apenas um gerente relatou caso de paciente que apresentou resistência ao medicamento e que por isso abandonou o tratamento: *foi um caso muito difícil, ele abandonou, depois ele retomou, ele estava com resistência à medicação, e aí tem um outro medicamento que a gente usa quando abandona e dá resistência* (Margarida).

Apesar de existirem drogas eficazes, os seus efeitos e a resistência aos medicamentos é um dos fatores que pode levar ao abandono do tratamento da tuberculose,^{11,13,26} o que corrobora os nossos achados. A OMS¹ relata que a resistência aos medicamentos aumentou em situações onde há tratamentos irregulares, associados a sistemas de saúde precários e programas de tuberculose ineficientes.

Dificuldades dos serviços e perspectivas de resolução dos desafios

Revelando aprendizagem com a experiência, um gerente relatou o acompanhamento inadequado do CS como um fator que pode levar ao abandono do tratamento, indicando algumas possíveis perdas de tratamento devido ao olhar menos atento dos profissionais às dificuldades dos pacientes: *além dessa questão do tratamento não estar supervisionado, a questão do acompanhamento ser mais superficial né? Se ao mesmo tempo tratasse a tuberculose, as pessoas terem sensibilidade que tinha uma desestrutura familiar, entrasse com a saúde mental ou a assistente social, a gente podia talvez ter resgatado, mas aí não teve esse olhar e a gente perdeu. Agora a gente aprendeu com isso* (Rosa).

Neste sentido, o sucesso terapêutico do doente de tuberculose exige compromisso da equipe de saúde, com supervisão diária da ingestão medicamentosa, realização de exames de controle, consultas de retorno, avaliação social, além do acompanhamento da família. Um fato que exemplifica este olhar menos atento dos profissionais é a desvalorização da tosse, que não se caracteriza como um quadro agudo que exigiria intervenção imediata. Entretanto, tal fato determina um prejuízo da atenção, pois o usuário não encontra resposta para o seu problema de saúde e retorna apenas quando o seu estado se agrava.²⁵

Além dos motivos que levam ao abandono, os gerentes também relataram alguns motivos para se evitá-lo e ter sucesso no tratamento, mostrando principalmente a importância do apoio familiar e o vínculo com os ACSs: [...] eu tenho uns casos que a gente conseguiu terminar, era a esposa, uma família bem estruturada, a esposa acompanhando tomou direitinho (Rosa); é porque quando você faz o vínculo, principalmente com o ACS, fica mais fácil. Tem uma coisa diferente também, que os ACS nossos, a maioria é desde 2002, quando começou o PSF. Então já vinculou (Amarilis).

Diversos autores relatam que a informação adequada ao paciente e a seus familiares sobre a sua doença e a identificação deles com a equipe de saúde reduzem muito a probabilidade de abandono de tratamento.^{12,19,26-27} O vínculo entre pacientes e profissionais de saúde estabelece uma relação de confiança, diálogo e respeito entre ambos.¹³ Por isso, o PNCT²⁰ destaca a atuação dos profissionais como estratégica para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono.²⁵

Com relação à adesão ao tratamento, duas gerentes relataram que a equipe deve ser constan-

temente sensibilizada, resgatando um olhar mais atento ao paciente: *outros olhares, ter uma análise mais do perfil da pessoa, da forma como ela vive, pra gente poder tá atuando, não é só ela vir, consultar, dar o remédio e pronto. Eu acho que é isso que acontecia, por isso perdia tanto. É esse olhar que eu tô tentando resgatar, de trabalhar mais a fundo, por isso eu inseri a assistente social, psicólogo no grupo de vigilância da tuberculose, para eles tarem trabalhando mais isso com as equipes (Rosa); aqui é assim, quando a gente tem o pessoal da saúde da família, tem apoio de clínica e de pediatria e gineco, a gente até às vezes consegue ter uma situação um pouco mais confortável pra poder ajudar os pacientes, porque aí você prioriza agudos né, por uma questão de respeito, a gente discute entre a equipe, a gente faz uma rede de ajuda (Amarilis).*

Considerando que este olhar mais atento aproxima o paciente da equipe de saúde, uma melhor organização do atendimento, levando à redução no tempo de espera para consultas e o treinamento em tuberculose, são fatores importantes relacionados a uma boa adesão.²⁷ Entretanto, o processo de capacitação dos profissionais, por si só, não garante sequência continua na atenção à saúde dos usuários, sendo necessária uma capacitação permanente que permita a apropriação de saberes e conhecimentos que ofereçam os subsídios necessários ao cuidado.²⁵

Com relação ao tratamento supervisionado, dois gerentes sugerem o auxílio da família na observação da tomada do remédio, além da realização do tratamento no CS: *é porque acontece muito essa associação do ACS com outro familiar para que ele faça a supervisão (Rosa); eu tenho uma área aqui que não tem ACS que é baixo risco, aí a gente responsabiliza um familiar para fazer. A gente orienta o familiar, sensibiliza e responsabiliza ele para fazer esse tratamento supervisionado (Margarida).*

Uma dificuldade relatada pelos gerentes foi a disponibilidade de tempo, revelando que outros problemas de saúde apresentados pela população, os quais requerem intervenção imediata, muitas vezes impedem de se trabalhar com a tuberculose da forma como deveria ser: *a dificuldade que eu sinto no dia a dia, a gente tem muita coisa que tem que atuar, pensar, não é tuberculose, tem outras doenças que a gente tem que tá trabalhando né? É hipertensão, as doenças crônicas, têm a questão da hanseníase, então é muita frente de trabalho que você tem que tá atuando ao mesmo tempo, e a gente sente que às vezes falta um pouco, não motivação, mas falta tempo para você dedicar o tanto que gostaria. Mas a gente não ta deixando de fazer não (Rosa); a gente é engolido toda hora por*

outro problema, agora vem dengue, tinha H1N1, vem campanha de vacina, as demandas impedem que a gente organize o PSF da maneira que a gente acredita que ele poderia ser realizado (Amarilis).

Outra questão que dificulta o trabalho de identificação dos casos é o fato dos usuários não falarem dos próprios sintomas, por exemplo, da tosse: *tem gente que não fala isso, não fala que está tossindo, principalmente se for do sexo masculino (Margarida).* Aqui se percebe também a questão de gênero quanto ao ocultamento dos sintomas.

Com relação à ausência de equipe multidisciplinar, dois gerentes relataram que faltam profissionais para ajudar na assistência aos pacientes em tratamento, e principalmente os casos de abandono: *a gente nem tem psicólogo na unidade. E o serviço de psicologia e psiquiatria da prefeitura ele é muito limitado, se restringe a psicóticos e neuróticos graves. Assim, psicologia e psiquiatria... não tem a menor chance. (Margarida); a saúde mental da prefeitura só preconiza o atendimento ao neurótico grave e psicótico (Amarilis); lamentavelmente o Centro de Saúde, ele não tem psicólogo nem assistente social (Jasmim).*

Uma gerente relatou que as atividades de promoção de saúde em tuberculose voltadas para a comunidade seriam úteis, entretanto, devido às demandas atuais, a tuberculose não é priorizada, além da população não querer participar de tais iniciativas e que a prevenção e a promoção da saúde foram deixadas de lado: *eu acho que é atividade de promoção, atividades que a gente possa divulgar mais pra pessoas ter mais atenção. Com tanta coisa hoje acontecendo, eu acho que a TBC não fica sendo prioridade. Em vez de tentar fazer atividade de prevenção e promoção, mas as pessoas não querem, elas querem o remédio. Nós caminhamos muito na questão da assistência, mas a prevenção e promoção [...] (Amarilis).*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise aponta diversos fatores relatados pelos gerentes que parecem influenciar no abandono do tratamento da tuberculose. As discussões sobre a questão nos permitiram refletir a partir das narrativas em relação à qualidade dos serviços e as dificuldades de colocar em prática as recomendações e orientações do PNCT, sobretudo no que se refere ao princípio da integralidade. A dinâmica do atendimento ainda é precária e é diferente nos diversos Centros de Saúde, dependendo de quem o coordena e das equipes ali presentes. Isso encaminha uma discussão sobre o papel desempenhado pelos serviços de saúde no controle da tuberculose.

Se a responsabilidade pelo insucesso do tratamento tem sido contabilizada ao campo institucional da saúde, alguns profissionais o reputam como sendo da ordem de decisão do paciente, associado ao perfil "difícil" ou a problemas do mesmo. Entretanto, a boa relação dos profissionais de saúde com os pacientes é como fundamental para o seguimento do tratamento. A informação acessível durante a visita domiciliar e o apoio para os deslocamentos dos pacientes também podem colaborar muito para evitar o abandono.

Para evitar o abandono do tratamento, os gerentes e demais profissionais de saúde devem estar sensibilizados para conhecer as necessidades dos pacientes. Desta forma, é muito importante acolher o doente estabelecendo uma relação de vínculo, escutar suas queixas, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e paciente), assumindo assim os pressupostos da integralidade e humanização.

Segundo os gerentes, as dificuldades que eles enfrentam no dia-a-dia são muitas e de diferentes esferas: dificuldade de detecção dos casos na comunidade; abandono do tratamento; não comprometimento dos pacientes; olhar pouco comprometido dos profissionais de saúde; co-morbidades associadas à tuberculose; pacientes alcoólatras e/ou dependentes químicos; falta de apoio da família; ausência de equipe multidisciplinar no atendimento aos pacientes com tuberculose, principalmente psicólogos e assistentes sociais; CS com muitos problemas para serem resolvidos; demandas que surgem e têm prioridade (dengue, H1N1, campanhas de vacinas); falta de tempo para se dedicar às atividades de educação em saúde; inexistência de programas de educação permanente para os profissionais; e desencontro de informação entre CS e GEREP.

Sob a ótica da integralidade, é necessário um repensar dos gerentes e equipe de saúde na busca de estratégias que envolvam os pacientes e seus familiares a aderirem ao tratamento. Uma alternativa seria a promoção de educação permanente em saúde para que os profissionais permaneçam estimulados e atualizados, além de aumentar a sua vinculação e dos serviços com a comunidade. Neste sentido, os profissionais poderão estabelecer vínculos e criar laços de co-responsabilidade com os pacientes, que deixarão de ser vistos como os únicos responsáveis pelo seu estado de saúde.

Ainda, é urgente a necessidade de ações de educação em saúde para os pacientes e seus familiares. A realização de grupos de convivência,

conversas nas salas de espera são exemplos de atividades que poderiam contribuir para a adesão ao tratamento. Além disso, os CSs devem disseminar informações sobre a doença e construir estratégias mais apropriadas ao problema do abandono e resistência ao tratamento ao invés de apenas fixar cartazes nas paredes e distribuir panfletos somente quando a Secretaria os disponibilizam.

Para tentar minimizar as dificuldades encontradas na detecção (e diagnóstico) dos possíveis casos de tuberculose, uma alternativa seria a criação de sistemas inteligentes de monitoramento da doença, através das TICs. Acredita-se que as TICs podem auxiliar e ampliar ainda mais o alcance dos profissionais de saúde, pois tornam as informações mais dinâmicas e permanentemente atualizadas e favorecem a atuação em rede.

Entretanto, apesar de todas as ferramentas utilizadas, é muito importante que elas sejam associadas à melhoria de infraestrutura dos serviços, maior número de profissionais de saúde formando equipes multidisciplinares, ações de educação em saúde e de mobilização social, de forma que a assistência ao paciente seja integrada à família e aos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva (CH): WHO report; 2006.
2. Barry JM. The next pandemic. World Policy J. 2010; 27(2):10-2.
3. Hijjar MA, Procopio MJ, Freitas MR, Guedes R, Bethlehem E. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. Pulmão RJ. 2005; 14(4):310-4.
4. Ministério da Saúde [página da internet]. Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2008). Brasília (DF): MS; 2010 [acesso 2010 Jun 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tab_taxa_inc_tuberculose_bra_r_uf_90_08.pdf
5. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública. 2007 Abr; 41(2):205-13.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 6^a ed. Brasília (DF): MS; 2005.
7. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Controle da Tuberculose: diretrizes e plano de ação

- emergencial para os municípios prioritários. Brasília (DF): MS; 1997.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of tuberculosis among foreign-born persons, report of the working group on tuberculosis among foreign-born persons. MMWR. 1998 Set; 47(16):1-30.
 9. Chirinos NEA, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. Texto Contexto Enferm. 2011 Jul-Set; 20(3):399-406.
 10. Oliveira HB, Moreira FDC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-94. Rev Saúde Pública. 2000 Out; 34(5):437-43.
 11. Lima MB, Mello DA, Morais AP, Silva WC. Estudo de caso sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectivas dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). Cad Saúde Pública. 2001 Jul-Ago; 17(4):877-85.
 12. Bergel FS, Gouveia, N. Retornos freqüentes como nova estratégia para a adesão ao tratamento de tuberculose. Rev Saude Publica. 2005; 39(6):898-905.
 13. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto Contexto Enferm. 2007 Out-Dez; 16(4):712-8.
 14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008 Jan; 24(1):17-27.
 15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11^a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
 16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2009.
 17. Hijjar MA, Oliveira MJPR; Teixeira GM. A tuberculose no Brasil e no mundo. Boletim de Pneumologia Sanitária. 2001 Jul-Dez; 9(2):9-16.
 18. Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Críticas e atuantes - ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005.
 19. Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 Mai; 13(3):374-81.
 20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa nacional de controle da tuberculose [online]. [acesso 2010 Jun 20]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>
 21. Souza SS, Silva DMGV. Grupos de convivência: contribuições para uma proposta educativa em tuberculose. Rev Bras Enferm. 2007 Set; 60(5):590-5.
 22. Ivaneide AR, Larissa LM, Régia HBP, Sílvio DS. Abandonment of tuberculosis treatment among patients co-infected with TB/HIV. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010 Jun; 44(2):383-7.
 23. Fujiwara PI, Larkin C, Frieden TR. Directly observed therapy in New York City: history, implementation, results, and challenges. Clin Chest Méd. 1997 Mar; 18:135-48.
 24. Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. Cad Saúde Pública. 2008 Jun; 24(6):1377-86.
 25. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino-Neto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2005; 10(2):315-21.
 26. Ribeiro S, Amado V, Camelier A, Fernandes MMA, Schenkman S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. J Pneumol. 2000 Nov-Dez; 26(6):291-6.
 27. Deheinzelin D, Takagaki TY, Sartori AMC, Leite OHM, Amato-Neto V, Carvalho CRR. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo. 1996 Jul; 51:131-5.
 28. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. Cad Saúde Pública. 1999 Out-Dez; 15(4):777-87.
 29. Hallet CE, Austin L, Caress A, Luker KA. Communit nurses' perceptions of patient 'compliance' in wound care: a discourse analysis. J Ad Nurs. 2000 Jul; 32(1):115-23.
 30. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. Saúde e sociedade. 2007 Jan-Abr; 16(1):57-68.

Correspondência: Virgínia Torres Schall
 Centro de Pesquisa René Rachou - Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente
 Avenida Augusto de Lima, 1.715
 30.190-000 - Barro Preto, Belo Horizonte, MG, Brasil
 E-mail: vtschall@cpqrr.fiocruz.br

Recebido: 18 de fevereiro de 2011
 Aprovado: 10 de outubro de 2011