

## ARTIGOS ORIGINAIS

# ABANDONO ANUNCIADO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO RECIFE - A PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Announced tuberculosis treatment abandonment in a family health unit of Recife - the user's perspective

Joelma Farias de Oliveira<sup>1</sup>, Maria Bernadete de Cerqueira Antunes<sup>2</sup>

### RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi identificar os motivos associados à não adesão ao tratamento da tuberculose, na percepção do usuário, em uma Unidade de Saúde da Família do Recife. Realizou-se um estudo de natureza quali-quantitativa a partir da observação de variáveis relacionadas ao perfil do usuário e às características do tratamento, obtidas do livro de registro dos pacientes, ficha A e do *software* de dispensação da farmácia. Utilizou-se também um questionário semiestruturado para entrevista, conforme a metodologia da História Oral Temática, sendo entrevistados 11 dos 13 usuários que abandonaram o tratamento no ano de 2009. O estudo mostrou que 77% dos usuários eram do sexo masculino, 84,6% tinham apenas de 1 a 7 anos de estudo concluídos, 61,5% estavam desempregados ou inseridos no mercado de trabalho informal, 84,6% faziam o tratamento autoadministrado e 61,5% consumiam bebida alcoólica, sendo este perfil esperado por ser bastante descrito em outros estudos sobre o tema, assim como o conteúdo das falas, em que a desinformação sobre a enfermidade, as condições sociais, a dependência do álcool, os efeitos do tratamento e fatores relacionados ao serviço de saúde foram os determinantes do abandono. O trabalho veio ratificar que a causa do abandono do tratamento é multifatorial, porém bastante previsível e possível de superação, especialmente para a população estudada, pois está adscrita a uma unidade de saúde da família que dispõe da farmácia da família, o que possibilita a identificação precoce e o acompanhamento dos casos de tuberculose de acordo com as singularidades dos sujeitos e condições socioculturais,

### ABSTRACT

The objective of this research was to identify the reasons associated with tuberculosis treatment non-compliance, in the perception of the user, in a Family Health Unit of Recife-PE, Brazil. A quantitative and qualitative study was conducted, based on the observation of variables related to the user's profile and treatment characteristics, obtained from the patients' registry, A file, and the pharmacy dispensation software. A semi-structured questionnaire was also used for interviews, according to the methodology of Thematic Oral History, with 11 out of 13 users who dropped out of treatment in 2009. The study showed that 77% were male, 84.6% had 1-7 years of formal education, 61.5% were unemployed or were in the informal labor market, 84.6% self-administered their treatment and 61.5% consumed alcohol. This profile was expected, as it had been described in other studies on the subject, as was their speech content, in which misinformation about the disease, social conditions, alcohol dependence, treatment side-effects and factors related to health care were the determinants of abandonment. The study came to ratify that the cause of non-compliance with treatment is multifactorial, but predictable and possible to overcome, especially for the population studied, enrolled in a family health unit which provides family pharmacy, early identification and monitoring of tuberculosis cases according to the uniqueness of individuals and socio-cultural conditions, in a human

<sup>1</sup> Joelma Farias de Oliveira, Farmacêutica. Especialista em Saúde da Família (UPE). Especialista em Farmacologia Clínica (IBPEX). Farmacêutica da Prefeitura da Cidade do Recife. E-mail: jfoliveir@hotmail.com

<sup>2</sup> Maria Bernadete de Cerqueira Antunes, Médica Sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva (UFPE). Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

em uma abordagem humana e intersetorial. Esta situação é favorável à manutenção do abandono dentro do valor aceitável pelo Ministério da Saúde (5%).

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose; Programa Saúde da Família; Pacientes Desistentes do Tratamento.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), doença identificada por Robert Koch em 1882 como de origem infecto-contagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido como bacilo de Koch (BK), ainda permanece como um grave problema de saúde pública, acometendo milhares de vítimas no mundo.<sup>1,2</sup> Apresenta características sociais e demográficas, sendo mais encontrada nos grandes centros urbanos, onde a densidade populacional é alta, e está frequentemente associada a indicadores sociais de pobreza, como exclusão social, baixo nível educacional e habitacional, desnutrição, dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde, alcoolismo e também à coinfeção pelo HIV.<sup>3</sup>

Em 2007, pelas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), surgiram 9,27 milhões de casos novos no mundo, com uma taxa de incidência global estimada em 139/100.000 habitantes, com a maioria dos casos nas regiões da Ásia (55%) e da África (31%).<sup>4</sup> No mesmo período, o Brasil notificou 68.273 casos novos com coeficiente de incidência de 36,1/100.000 habitantes, colocando o país na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª em relação ao coeficiente de incidência.<sup>5</sup> Em Pernambuco, a taxa de incidência foi de 44,9/100.000 habitantes, sendo Recife a capital brasileira com a maior taxa de incidência do país com 100,6/100.00 habitantes.<sup>6</sup>

O enfrentamento da doença depende do diagnóstico precoce e do tratamento bem sucedido como estratégias para controlar a endemia.<sup>7</sup> No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) desenvolve-se na rede pública de serviços de saúde com disponibilidade dos insumos necessários ao diagnóstico e tratamento dos casos esperados.<sup>8</sup> O tratamento segue esquemas padronizados, sendo a escolha de acordo com a forma clínica apresentada e história de tratamento anterior, com medicação de uso diário, administrada preferencialmente em dose única.<sup>9</sup> Mesmo assim, como afirma Rocha<sup>10</sup>, o tratamento ainda tem sido um desafio para os serviços de saúde e pacientes, pois se trata de um tratamento prolongado, com muitas drogas e vários efeitos desagradáveis.

and intersectoral approach. This is a favorable situation to the maintenance of the abandonment rate around that established by the Ministry of Health (5%).

**KEY WORDS:** Tuberculosis; Family Health Program; Patient Dropouts

Em 2009, um novo esquema terapêutico passou a ser usado no país, a partir dos resultados do “II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos Anti-TB” realizado no período 2007-2008, que mostrou um aumento da resistência primária à isoniazida. O etambutol foi introduzido como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do esquema básico para adultos e crianças maiores de 10 anos, e a apresentação farmacêutica passou a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.<sup>4</sup> Esta apresentação tem como vantagens menor possibilidade de erros de prescrição, facilidade de administração pelo menor número de comprimidos e impossibilidade de o paciente selecionar o medicamento a ser ingerido, facilitando assim o uso adequado da medicação (tratamento). A fase de manutenção continua composta pelos dois fármacos, rifampicina e isoniazida.<sup>11</sup>

O maior problema apontado no tratamento da TB é a não adesão, sendo admitido pela OMS um índice de abandono do tratamento inferior a 5%.<sup>12</sup> Em 2008, a taxa de abandono do tratamento no Brasil foi de 8,5% e, em Pernambuco, foi de 9,6%.<sup>5</sup> No Recife, a coordenação municipal do programa registrou, em 2009, a taxa de 13,8%.<sup>13</sup> Como consequência da não adesão, os indicadores de incidência, mortalidade e multirresistência estão aumentando, sendo esta a principal preocupação mundial em relação à doença. O paciente que abandona o tratamento da TB torna-se uma importante fonte de transmissão do bacilo, principalmente para os indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana.<sup>12</sup>

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”.<sup>14:52</sup> Os estudos evidenciam que geralmente os fatores associados ao abandono estão relacionados ao doente, à modalidade do tratamento empregado e ao serviço de saúde.<sup>15</sup> Várias situações têm sido atribuídas à não adesão e envolvem barreiras sociais, culturais, demográficas, assim como ao processo de produção de serviços de saúde e problemas inerentes aos medicamentos.<sup>16</sup> Portanto, para

o controle da doença, é fundamental uma abordagem interdisciplinar com a exploração dos determinantes psicológicos e socioeconômicos da doença a fim de se desenvolverem intervenções apropriadas e efetivas na detecção precoce e no tratamento dos casos novos.<sup>17</sup>

A adesão é um ponto fundamental para êxito no tratamento e quebra do ciclo de transmissão. Entretanto, para alcançá-la, faz-se necessária uma relação humanizada entre o profissional e o paciente que permita a ambos compreenderem o contexto da enfermidade, passando a serem corresponsáveis pelo êxito do tratamento. Isto faz com que os profissionais, num ambiente de compromisso e respeito, direcionem o olhar não apenas para a doença como também ao indivíduo, à família e à comunidade.<sup>18</sup>

Segundo Rocha,<sup>10</sup> deficiências institucionais, especialmente com relação à orientação e à intervenção dos trabalhadores de saúde e, em alguns casos, à falta de diálogo entre os sujeitos envolvidos, tem colaborado com o alto índice de continuidade da doença. Nesse sentido, o acolhimento e o vínculo podem promover uma nova lógica nos processos de trabalho das equipes através da partilha de compromissos entre o serviço de saúde e o usuário, promovendo assim qualidade na assistência prestada e adesão ao tratamento.<sup>19,20</sup>

A situação mundial da tuberculose determinou que, em 1993, a OMS recomendasse a implementação da Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS), buscando garantir a adesão ao tratamento.<sup>21</sup> Esta estratégia está pautada em cinco elementos, entre os quais, o tratamento padronizado, de curta duração, diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução e provisão regular de medicamentos tuberculostáticos, possibilitando a participação do usuário como sujeito do processo terapêutico, fato que promove a construção de vínculos entre doentes e profissionais de saúde por meio do estabelecimento de uma relação de confiança, afinidade, responsabilidades e compromissos mútuos.<sup>14,22</sup> É considerado tratamento supervisionado “o mínimo de três observações semanais da tomada dos medicamentos nos primeiros dois meses e uma observação por semana até o seu final”.<sup>23,7</sup>

A estratégia saúde da família, por promover um relacionamento mais próximo e duradouro entre usuário e serviço, através do vínculo e acolhimento e por ser a porta de entrada no sistema de saúde, é considerada um elemento chave na implantação do tratamento supervisionado e controle da TB.<sup>22</sup> Além disso, quando o DOTS contempla a relação de escuta e atendimento às necessidades, não se configurando restritamente como supervisão da ingestão da medicação, contribui de forma importante para a adesão ao tratamento.<sup>24</sup>

No Recife, o Plano de Controle da Tuberculose (PCT) está baseado na descentralização das ações para a atenção básica, tendo como principal eixo a Estratégia de Saúde da Família, cuja cobertura em 2009 foi de 54%, o que corresponde a cerca de 800 mil pessoas atendidas. As equipes de saúde estão habilitadas a fazer o diagnóstico e tratamento, com acesso garantido aos exames complementares necessários e aos medicamentos do programa.<sup>25,26</sup>

O processo de trabalho do plano está fundamentado na estratégia DOTS com os seus cinco pilares: apoio político e financeiro, detecção de casos por baciloscopia de escarro, aporte de medicamentos, sistema de informação, tratamento diretamente observado; e nas metas de 70% de detecção de casos e 85% de cura. A Vigilância Epidemiológica atua validando o banco de dados, discutindo os resultados com as equipes de saúde e divulgando boletins informativos.<sup>25</sup>

A distribuição e o controle dos medicamentos são coordenados pela Assistência Farmacêutica Municipal, que possui, em alguns serviços de saúde, o Programa Farmácia da Família. Este se caracteriza pela presença integral de farmacêutico e informatização das farmácias através de um *software* que permite, dentre outros recursos, acompanhar os programas de saúde. Com isso, é possível acompanhar o histórico terapêutico dos usuários através de relatórios gerados pelo sistema e identificar situações de abandono do tratamento.<sup>25</sup>

Considerando o abandono do tratamento como fator de impacto negativo no controle da tuberculose e que, apesar de o Recife ter o PCT descentralizado, com estratégias de controle centradas na atenção básica, ainda manteve uma taxa de abandono, em 2009, de 13,8%; considerando que os casos de abandono estudados são acompanhados em uma unidade de saúde, com Farmácia da Família, onde também se desenvolve a residência multiprofissional em saúde da família, condições que poderiam estar interferindo no não abandono, este trabalho justifica-se como meio de compreender as razões que ainda levam o usuário a não aderir à terapêutica na tentativa de subsidiar as equipes de saúde a desenvolver mecanismos que contribuam para o controle efetivo da doença. Desta forma, buscou-se identificar os motivos associados à não adesão do tratamento da tuberculose, na percepção do usuário, em uma Unidade de Saúde da Família do Recife.

## CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O estudo de natureza quali-quantitativa foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Alto do Pascoal, localizada

no Distrito Sanitário II da cidade do Recife, por ser campo de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A unidade é composta por quatro equipes de saúde com aproximadamente 3.857 famílias adscritas, totalizando 14.941 pessoas.

Na abordagem quantitativa, observou-se a prevalência dos determinantes do abandono de tratamento no total dos casos de abandono (13 pessoas), segundo o perfil e hábitos da população de estudo e as características do tratamento. Foram consideradas as variáveis: sexo; escolaridade em anos de estudo concluídos; vínculo empregatício, como a natureza de inserção no mercado de trabalho; alcoolismo; mês de abandono; modalidade de tratamento; modalidade de ingresso no programa de tuberculose: caso novo ou abandono prévio; e efeitos colaterais dos medicamentos. Estes dados foram obtidos no Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose, na Ficha A e no Sistema de Controle Dispensação e Custeio da Assistência Farmacêutica (SCDCAF), *software* que gerencia a dispensação na farmácia da unidade de saúde.

Para observação dos motivos de abandono do tratamento, a partir da ótica do usuário, utilizou-se a metodologia da História Oral, segundo conceito de Meihy<sup>27:18</sup> - “prática de apreensão de narrativas feita através do uso de meios eletrônicos e destinada a recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato”. Dentro da história oral, foi trabalhado o gênero temático que se dispõe à discussão de um assunto central definido que justifica o ato da entrevista norteada por um questionário. De acordo com os procedimentos do método, as seguintes etapas foram seguidas: realização da entrevista, transcrição da gravação, textualização, transcrição e autorização para publicação.

A entrevista foi conduzida no domicílio do usuário e gravada em mídia digital, a partir de um questionário semiestruturado, previamente testado em um dos sujeitos do estudo pela pesquisadora para adequação da estrutura e linguagem com vistas à obtenção das informações necessárias. Apenas 11 (84,61%) usuários foram entrevistados para obtenção dos dados qualitativos, uma vez que um dos usuários não foi localizado e o outro se recusou a participar da pesquisa. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pela Secretaria de Saúde do Recife sob processo de nº 166/10 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco sob parecer nº 209/10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil dos usuários que abandonaram o tratamento

No período estudado, janeiro a dezembro de 2009, foram identificados 13 casos de abandono entre as 37 pessoas em tratamento para a tuberculose na unidade de saúde. O dado apresentado revela uma situação preocupante para o controle da doença na cidade do Recife, onde a TB é de elevada magnitude, e com o agravante de a unidade de saúde estar localizada na área de maior prevalência do município e dispor das condições operativas para o não abandono, pois está inserida no contexto da atenção básica, onde os laços entre o serviço de saúde e o usuário devem ser permanentes, a oferta de cuidados coordenada e com enfoque na singularidade individual e coletiva.

Na distribuição do abandono em relação ao sexo, verificou-se que 77% dos usuários eram do sexo masculino (10) e 23% do sexo feminino (3). Observação concordante com a encontrada por Villa *et al.*<sup>28</sup> em uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional onde observaram que os homens abandonam o tratamento com mais frequência. Em outra pesquisa de coorte histórica, Ferreira *et al.*<sup>15</sup> também encontraram maior incidência de abandono no sexo masculino e, segundo os autores, outros estudos também mostraram diferença significativa entre os sexos, considerando o sexo masculino como preditor de abandono.

Quanto às condições socioeconômicas, 84,6% dos usuários (11) têm de 1 a 7 anos de estudo concluídos, 7,7% são analfabetos (1), 7,7% têm de 8 a 11 anos de estudo concluídos e 61,5% estão desempregados ou inseridos do mercado de trabalho informal (8). Este cenário aponta o forte teor social da doença que atinge, em sua maioria, indivíduos pobres com baixo grau de instrução, condição também verificada por Paixão e Gontijo em Belo Horizonte (2007)<sup>29</sup>. Segundo Fonseca citado por Bataiero,<sup>30</sup> a escolaridade é um importante determinante de saúde manifestando-se na percepção e capacidade de entendimento das informações e na adesão aos procedimentos terapêuticos.

Estudos ecológicos comprovam a existência de uma relação bidirecional da TB com a pobreza, estando bem documentados quanto aos riscos relacionados a indicadores de *status* socioeconômico como baixo nível de renda e desemprego.<sup>31</sup> Dessa forma, é preciso trabalhar a aliança da saúde com outros setores, que implementam políticas públicas sociais, nas ações de controle da TB, pois, como destaca Souza<sup>19</sup>, a intersetorialidade é um instrumento de luta contra a pobreza, a exclusão social e as iniquidades em saúde, capaz de melhorar a qualidade

de vida da população e resgatar o compromisso com a vida e a dignidade humana.

O consumo de bebida alcoólica esteve presente em 61,5% dos usuários (8). Essa característica serve de alerta e impõe, à assistência prestada, uma ótica diferenciada, pois o alcoolismo é, segundo a literatura, um dos fatores que predis põe o regime terapêutico a resultados desfavoráveis 28 tornando o indivíduo mais vulnerável a comprometer e abandonar o tratamento em função da bebida. Isso pode ser verificado na fala de um dos usuários abaixo.

*“Como eu gosto de beber, a única coisa que eu achei difícil no tratamento é que tinha que tomar os comprimidos e não podia beber”.*

Todos os casos de abandono ocorreram entre o 2º e 4º mês de tratamento. Quanto ao tipo de entrada no programa de tuberculose, 53,8% foram retratamento por abandono (7 casos) e 46,2% casos novos (6 casos). Observou-se também pela modalidade de tratamento que 84,6% eram autoadministrados (11 usuários).

Em suma, mais da metade dos usuários já tinha histórico de abandono anterior o que exigia da equipe de saúde, por esse agravante, um foco maior a partir do cuidado singularizado, pois, segundo Oliveira *et al.*<sup>12</sup> alguns pacientes associam a ingestão medicamentosa ao reviver da doença e das limitações que ela impõe. Em sua pesquisa sobre o abandono do tratamento da TB em Cuiabá, Ferreira *et al.*<sup>15</sup> observaram que, nos pacientes com abandono prévio, a densidade de abandono foi quase três vezes maior que naqueles virgens de tratamento, o que permitiu ao autor concluir a variável abandono prévio como um dos preditores ao abandono do tratamento.

A baixa proporção de dose supervisionada mostra que não basta apenas ter o programa que garanta essa prática, é preciso um comprometimento maior dos profissionais no acompanhamento dos casos que já têm um risco associado e, principalmente, da gestão no sentido de apoio à organização do serviço e cobrança de resultados. No estudo de Vieira e Ribeiro<sup>3</sup>, o risco de abandono nos casos de tratamento autoadministrado foi 2,3 vezes superior ao supervisionado, o que indica a potencialidade da supervisão em reduzir o abandono, pois identifica o problema no início corrigindo-o de forma imediata. Entre as reações adversas, os efeitos gastrointestinais foram os mais relatados. Seis usuários queixaram-se de náusea, vômito e dor abdominal. O escurecimento da urina e a tontura foram referidos por dois usuários cada, e um queixou-se de dor articular. Apesar de combaterem eficazmente o bacilo, os fármacos podem

gerar reações indesejáveis<sup>32</sup> levando a dúvidas por parte dos pacientes como destacado a seguir.

*“Quando eu tomava o medicamento minha urina saía vermelha, cheguei a ficar com medo pensando que era sangue, mas depois me informei no posto...”.*

Estes dados indicam a orientação parcial do profissional para com usuário que poderia ter comprometido o êxito do tratamento por falta de informação. É essencial alertar os usuários sobre aspectos básicos do tratamento, como a ocorrência de reações adversas, principalmente, os efeitos menores, mais frequentes e controláveis de forma a reduzir o índice de abandono.

Pela análise das falas dos usuários, pode-se identificar como determinantes do abandono ao tratamento, do ponto de vista de suas percepções, que há ainda uma grande *desinformação sobre a enfermidade*, que as *condições sociais* e o *alcoolismo* continuam como fatores preponderantes e que os *efeitos do tratamento: reações adversas às drogas e a melhora clínica* representam fatos importantes. Do ponto de vista da relação dos usuários com os serviços, destaca-se uma abordagem pouco humanizada especialmente pela *organização do processo de trabalho não favorecer as necessidades dos usuários, não atuação dos profissionais em equipe e não responsabilização sanitária* por parte da equipe de saúde.

### **A desinformação sobre a enfermidade como fator de abandono da tuberculose**

Segundo Sá *et al.*<sup>20</sup>, quanto menos se sabe sobre a tuberculose, maiores são os riscos de não concluir o esquema terapêutico, tornando imperativo o desenvolvimento de uma orientação contínua e singularizada ao longo de todo o tratamento para melhorar o acesso à informação, dando ênfase à etiologia, transmissão, sintomatologia, fases do tratamento e efeitos esperados. Assim, a comunicação adequada, através da educação em saúde, leva à compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para sua superação mediante sensibilização quanto à necessidade de aderência à terapêutica.<sup>30</sup> Além disso, a percepção das pessoas acerca de sua condição de saúde orienta suas escolhas de cuidados e tratamentos, bem como a forma de conviver com a mesma.<sup>33</sup>

Verificou-se, entre os usuários, um baixo grau de conhecimento acerca da doença. Quando indagados sobre o que é tuberculose, sua sintomatologia e transmissão, os depoimentos trazem a carência de informação. Geralmente o conceito estava atribuído à gravidade da doença, à sua

manifestação ou não tinham conhecimento algum, como pode ser observado.

*“A tuberculose é uma doença grave e pode levar até ao óbito”.*

*“Na tuberculose a gente perde peso, foi o doutor que disse, realmente é isso perda de peso”.*

*“Não sei o que é tuberculose e nem o que causa”.*

Quanto à sintomatologia, todos conseguiram descrever as principais manifestações clínicas, que foi o principal motivo que os levou a procurar a unidade de saúde, provavelmente por terem vivenciado. Os sintomas relatados foram: *dores nas costas, fraqueza, dor de cabeça, febre, tosse, “moleza no corpo”, falta de apetite, perda de peso.*

No que se refere à transmissão da doença, relacionaram-na ao compartilhamento de objetos, à transmissão pelo ar ou não souberam informar.

*“É uma questão de usar um copo, uma colher, um objeto”.*

*“Não tenho noção de como se transmite, não sei como peguei”.*

*“Contraí-se a partir do ar, falando próximo, da tosse”.*

Em relação ao tratamento, todos reconheceram que os medicamentos são fundamentais para a cura da doença, tomando conforme orientação médica e que a interrupção dos fármacos traz consequências negativas para o doente piorando seu estado de saúde e para as pessoas que com ele convive, as quais ficam com risco de contrair a doença. Houve destaque também para a importância da alimentação.

*“Se as pessoas param a medicação elas vão piorar e as que convivem com ela vão ficar contaminadas. A tuberculose se trata tomando a medicação no horário certo, depois do café da manhã, durante 6 meses. É preciso se alimentar bem também”.*

### **O abandono do tratamento da tb: condições sociais e a dependência do álcool**

De acordo com Hino<sup>34</sup>, o cotidiano dos trabalhadores de saúde caracteriza-se cada vez mais por se deparar com situações de saúde onde o social ocupa um papel de destaque. Por isso o processo saúde-doença deve ser entendido dentro da estrutura social e, nesta, a peculiar inserção do sujeito a fim de permitir a transformação das práticas de saúde na resposta às demandas reais da população.<sup>35</sup> A narrativa abaixo traz a repercussão do contexto social no tratamento da TB.

*“Eu parei o tratamento porque meu filho foi preso e na época fiquei desesperada, não tive mais nem vontade de viver e nem tempo de ir ao posto”.*

Esta situação nos leva a refletir sobre a necessidade de uma abordagem sobre o sujeito para além dos aspectos clínicos e multiprofissional, pois o momento delicado vivenciado pela usuária determinou a interrupção da terapêutica. De acordo com Muñoz e Bertolozzi, citados por Sanchez<sup>35</sup>, é preciso reconhecer a dimensão subjetiva, que diz respeito às representações e significados que os indivíduos atribuem aos fatos e à vida em si, uma vez que estes acabam por refletir-se nos comportamentos e atitudes das pessoas.

A tuberculose apresenta pior prognóstico em indivíduos etilistas, e a chance de desenvolver efeitos colaterais é maior, sendo considerado um grupo de alto risco para hepatotoxicidade.<sup>36</sup> Através de um estudo caso-controle em Recife, Albuquerque *et al.*<sup>37</sup>, ao analisarem a relação entre etilismo e resultado do tratamento de TB, demonstraram que o abandono ocorria com maior frequência entre os dependentes de álcool. Também foi a variável mais preditora de abandono do tratamento no estudo de Bergel e Gouveia<sup>38</sup> em que os pacientes apresentaram uma probabilidade quase quatro vezes maior de abandonar o tratamento.

Nesta pesquisa, a relação dependência ao uso de álcool e abandono também se mostrou como mau prognóstico. 61,5% dos usuários foram considerados etilistas e, na fala dos entrevistados, esteve associada à interrupção do tratamento.

*“Eu parei o tratamento porque fui pra um bar com um amigo meu, comecei a tomar guaraná, mas quando senti o cheiro da cerveja me entreguei à bebida novamente, e larguei o remédio”.*

*“Parei porque eu queria beber, aí larguei o remédio. Ia à barraca tomar meu ‘toddy’(cachaça) pra ficar forte”.*

Segundo Souza<sup>19</sup>, a assistência ao doente de TB dependente de álcool pode ser influenciada pela concepção do profissional acerca do dependente, como alguém que faz uso por vontade própria e, portanto, a interrupção desse processo dependeria de uma escolha do mesmo. Apesar de o Recife dispor de uma rede especializada na atenção aos dependentes químicos - Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas (CAPSad) - a dependência ao uso do álcool parece não ter sido considerada na abordagem destes usuários. Portanto, é preciso fortalecer a referência e contrarreferência através do apoio matricial e da educação permanente na resolução destes casos, além de ampliar a cobertura do serviço.

## Efeitos do tratamento: reações adversas às drogas e melhoria clínica após início do tratamento

Diversos fatores estão relacionados às reações adversas entre os quais a dose, horário de administração da medicação, idade do paciente e seu estado nutricional, bem como o alcoolismo, o comprometimento da função hepática ou renal e a coinfeção pelo HIV. Muitos estudos apontam os efeitos colaterais do tratamento como um obstáculo à adesão, fazendo com que os doentes abandonem o tratamento nos primeiros meses.<sup>39,40</sup> É o que pode ser observado no estudo pelas falas abaixo.

*“Eu parei o tratamento porque sentia muita dor no meu corpo, pensei que o remédio estava me prejudicando”.*

*“Eu interrompi o tratamento porque o remédio estava me fazendo mal, tinha vontade de vomitar, nem comer eu queria mais”.*

Como as reações influenciam no seguimento do tratamento, é preciso que os profissionais monitorem o paciente quanto ao seu surgimento e orientem com medidas apropriadas conforme a severidade do caso. A atuação do farmacêutico na atenção primária pode ser de grande valor neste acompanhamento, especialmente no momento da dispensação, quando pode colaborar com a adesão do paciente ao abordar os aspectos da terapêutica (forma de administração, indicação, duração do tratamento, possíveis interações com fármacos em uso, reações adversas, consequências da irregularidade de uso), além de reforçar as informações recebidas no momento da consulta a partir do diálogo baseado na troca interpessoal visando identificar, prevenir e resolver problemas relacionados aos medicamentos.

A melhora clínica que ocorre, principalmente, na primeira metade do tratamento foi associada por Natal *et al.* ao abandono do tratamento<sup>38</sup>, pois os doentes, estando assintomáticos e com bom estado geral em consequência da eficácia farmacológica, podem acreditar que estão livres da doença e interromper a tomada da medicação antituberculosa.<sup>39</sup> Situação também identificada entre os entrevistados como determinante na descontinuidade do tratamento neste estudo.

*“O motivo pelo qual parei o tratamento foi que eu tomei o remédio, senti que estava bom e achei que não precisava tomar mais”.*

*“Eu parei a medicação porque pensava que estava melhor. Quando tomei o medicamento, parou a tosse, a dor no peito, eu achava que estava bom”.*

*“Parei o tratamento porque me achei melhor, não estava mais sentindo cansaço, tinha disposição para trabalhar”.*

Esses relatos trazem mais uma vez o valor da informação como elemento crucial para a adesão. É preciso explorar melhor o poder da comunicação, assegurando, ao paciente, orientações essenciais para que ele assimile de forma clara e participe de todo processo terapêutico. Mais uma vez a farmácia da família, na figura do farmacêutico, pode intervir de forma positiva, fornecendo informações complementares e respondendo possíveis questionamentos.

## Organização do processo de trabalho e as necessidades da população

Souza<sup>19</sup> afirma que a primeira consulta é um momento oportuno para o profissional conversar sobre a doença e estimular a participação do usuário na gestão do cuidado, buscando minimizar o abandono relacionado à inadequada assimilação das informações e permitindo iniciar a relação de vínculo de modo a promover uma interação terapêutica. O depoimento abaixo aponta uma comunicação deficiente entre o usuário e profissional de saúde.

*“O que aconteceu foi que eu entendi a doutora dizer que só era aquele mês de tratamento”.*

Essa fala demonstra que o profissional não se preocupou em confirmar se o usuário havia assimilado de forma correta as orientações ou o vínculo não foi suficiente para a comunicação adequada. Por isso é importante valorizar o diálogo na lógica do significado do tratamento e suas implicações, fazendo-se questionamentos quanto à compreensão do mesmo. Ainda sobre esse aspecto, Brunello *et al.*<sup>41</sup> afirmam que a restrição na comunicação contribui significativamente para uma relação impessoal, sem escuta, responsabilização e consideração da subjetividade do indivíduo, o que dificulta a adesão ao tratamento.

A demora no atendimento e horários incompatíveis com turnos de trabalho faz com que muitos indivíduos deixem de procurar o serviço de saúde, chegando até a abandonar o tratamento, uma vez que os pacientes têm receio de perder o emprego diante da necessidade de faltas e atrasos.<sup>42</sup> Essa dificuldade foi relatada como um obstáculo na conciliação do trabalho e o cuidado com a saúde, devido aos horários de atendimento.

*“Eu estava fazendo o tratamento, mas quando o remédio terminou não voltei mais para o posto, pois comecei a trabalhar”.*

*e não tive mais tempo. Saio de manhã cedo e não dá pra ver a agente de saúde”.*

Nesse sentido, o serviço de saúde tem papel central no controle da doença, uma vez que a própria organização e funcionamento dos serviços podem vir a dificultar não apenas as vantagens obtidas em um diagnóstico precoce, mas também podem repercutir diretamente na motivação do doente com graves repercussões no tratamento e cura do mesmo.<sup>42</sup>

### **Atuação dos profissionais na USF - ação em equipe e responsabilização sanitária**

A terapêutica será bem sucedida se houver o empenho de todo o serviço e não apenas da pessoa que faz o tratamento.<sup>10</sup> Assim, importantes dificuldades para a obtenção do sucesso terapêutico da tuberculose estão relacionadas aos problemas operacionais dos serviços de saúde. O modo como a equipe de saúde se organiza é determinante para promover a adesão ao tratamento, podendo-se afirmar que, em muitos casos, o paciente abandona o tratamento, porque foi abandonado pelo serviço de saúde.<sup>20</sup> Entre os usuários sujeitos de estudo se evidencia uma assistência fragmentada e desvinculada que comprometeu o tratamento.

*“Eu interrompi o tratamento do meu filho porque a doutora ficou de férias, e esqueceu-se de passar a receita. Cheguei a ir ao posto, mas a enfermeira não passa medicação, fui informada que era só com a médica. Então, esperei a médica voltar para começar tudo novamente”.*

Essa atitude da equipe relatada denota falta de compromisso e de humanização na relação com usuário e na produção de cuidado. Além disso, vê-se a fragilidade nas relações interpessoais entre os profissionais da equipe com centralização do processo de trabalho no saber médico. Gomes<sup>22</sup> entende que, para a realização de uma prática que atenda à integralidade, o trabalho em equipe deve ser refletido conjuntamente por todos os membros, definindo-se campo e núcleo de competência profissional, com o objetivo de acolher e exercer a interdisciplinaridade, com vistas à produção de um projeto terapêutico comum, o qual se constitua uma responsabilidade de toda a equipe, mas com a instituição do terapeuta de referência que gerencie o cuidado do usuário.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se verificar, pela percepção do usuário, que múltiplos fatores determinaram o abandono do tratamento

da tuberculose na unidade de saúde, entre os quais, o contexto social, a dependência do álcool, os efeitos dos fármacos e a organização do processo de trabalho do serviço de saúde. Ficou evidente ainda a carência de conhecimento acerca da doença e do tratamento, influenciando na decisão de não continuá-lo. Resultados previsíveis, uma vez que a população estudada já apresentava, em sua maioria, fatores preditivos que levariam ao desfecho do abandono, segundo a literatura disponível atualmente e consultada.

O abandono do tratamento da tuberculose no contexto estudado é um problema com capacidade de superação, pois ocorre em uma unidade de saúde da família que dispõe de um novo modelo de farmácia, a Farmácia da Família. Este recurso aliado à discussão coletiva dos casos mais complexos nas reuniões de equipe, visando à construção do projeto terapêutico singular, é um importante instrumento para reduzir o abandono, pois os profissionais, atuando de forma integrada a partir a definição de metas e propostas, ampliam as possibilidades de intervenções com os recursos disponíveis.

A escolha do técnico de referência, aquele com vínculo mais estreito com o usuário, é fundamental para o êxito do projeto terapêutico, pois facilita a negociação das ações propostas com o usuário e conseqüente gerência do cuidado. No entanto, também é preciso que a equipe reconheça seus limites e acione a rede assistencial, o CAPSad por exemplo, através do apoio matricial, para dar suporte aos usuários com dependência ao álcool e assim contribuir para que o tratamento da tuberculose não seja interrompido.

O farmacêutico pode contribuir para a redução do abandono na unidade de saúde, através de uma atenção farmacêutica humanizada, baseada na singularidade do sujeito, em que se responsabiliza pelas necessidades do paciente associadas ao medicamento na busca de uma terapêutica eficiente, segura e racional.

A educação em saúde também é um dispositivo para superar a carência de informações e influenciar nas atitudes dos sujeitos no sentido de promoção da sua saúde. Porém, é preciso que os profissionais desenvolvam a habilidade de comunicação tendo como referência o diálogo com troca de saberes entre as equipes de saúde, os usuários e seus familiares, sujeitos-objeto do trabalho da unidade de saúde. Assim, a formação de grupos de convivência, a disponibilidade de material educativo e a parceria com outros equipamentos sociais podem atuar como multiplicadores no combate à desinformação. Todas as ações sugeridas são favoráveis à manutenção da taxa de abandono inferior a 5%, conforme estabelece o Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues L, Barreto M, Kramer M, *et al.* Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(supl.1): S1-2.
2. Curto M. Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção dos diferentes atores - Ribeirão Preto, SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009. 93f.
3. Vieira AA, Ribeiro SA. 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*. 2008 mar; 34(3):159-66.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Programa de Controle da Tuberculose. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde; 2010.
7. Cantalice Filho JP. 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*. 2009 out; 35(10):992-7.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Queiroz R. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2008. 97f.
10. Rocha DS. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco - Acre [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009. 147f.
11. Conde MB, Melo FAF, Marques AMC. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Bras Pneumol*. 2009 out; 35(10):1018-48.
12. Oliveira HB, Leon LM, Gardinali J. Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas, São Paulo. *J Bras Pneumol*. 2005 abr; 31(2):133-8.
13. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de encerramento dos casos de tuberculose - SINAN. Recife: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
15. Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá. *J Bras Pneumol*. 2005 set/out; 31(5):427-35.
16. Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Além da DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. *Rev Latinoam Enferm*. 2009 set/out; 17(5):689-94.
17. Gonzales RIC, Monroe AA, Assis EG, *et al.* Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 dez; 42(4):628-34.
18. Arcencio RA. A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006. 140f.
19. Souza KMJ. Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2008. 112 f.
20. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, *et al.* Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007 out-dez; 4(16):712-8.
21. Terra MF, Bertolozzi MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Rev Latinoam Enferm*. 2008 ago; 16(4):659-64.
22. Gomes ALC. Avaliação do desempenho das equipes de saúde da família no controle da tuberculose no muni-

- cípio de Bayeux - PB: o vínculo e o processo de trabalho na atenção primária à saúde [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2007.141 f.
23. Dimech GS. Avaliação da efetividade da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no controle da tuberculose [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2010.84f.
24. Speciale C. Significados do Tratamento Diretamente Supervisionado (“Dots”) para pacientes com tuberculose do Programa de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba, São Paulo-SP [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.100f.
25. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Política de Controle da Tuberculose. Plano de Ação 2006/2009. Recife: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
26. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Recife 2010-2013. Recife: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
27. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2010.
28. Villa T, Brunello M, Arcêncio R, *et al.*. Factors predicting unfavorable results in tuberculosis treatment: an integrative literature review (2001-2005). *Online Braz J Nur.* 2007 oct; 7(0).
29. Paixão LM, 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.
30. Bataiero MO. Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009. 249f.
31. Santos MLSSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, *et al.*. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. *Rev Latinoam Enferm.* 2007 out; 15(spe):762-7.
32. Vieira DEO, Gomes M. Efeitos adversos no tratamento da tuberculose: experiência em serviço ambulatorial de um hospital-escola na cidade de São Paulo. *J Bras Pneumol.* 2008 dez; 34(12):1049-55.
33. Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. *Rev Bras Enferm.* 2007 set-out; 60(5):590-5.
34. Hino P. Padrões espaciais da tuberculose associados ao indicador adaptado de condição de vida no município de Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.130f.
35. Sánchez AIM. O tratamento diretamente observado - DOTS e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo - Brasil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007. 151f.
36. Andrade RLP, Villa TCS, Pllon Sandra. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. *Rev SMAD.* 2005 fev; 1(1).
37. Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARI, Souza VWS. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2001 jun; 9(6):368-74.
38. Bergel FS, Gouveia N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev Saúde Pública.* 2005 dez; 39(6):898-905.
39. Sá AMM. O sentido do tratamento para tuberculose no cotidiano de doentes e de profissionais de saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.161f.
40. Arcencio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.140f.
41. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, *et al.*. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2):176-82.
42. Figueiredo TMRM. Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde - Campina Grande/PB, Brasil [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.120f.

---

Submissão: maio de 2011

Aprovação: agosto de 2011

---