



ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ITAPETINGA-BA: UM ESTUDO DA INFLUÊNCIA DOS FATORES AMBIENTAIS

Alana Botelho Fernandes de Souza¹, Zoraide Vieira Cruz²

¹Especialista em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Itapetinga-Bahia-Brasil
alanabfernandes@hotmail.com

²Professora Mestre da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Campus de Itapetinga

Recebido em: 04/05/2012 – Aprovado em: 15/06/2012 – Publicado em: 30/06/2012

RESUMO

A tuberculose representa no Brasil e no mundo um sério problema de saúde pública devido ao grande número de pessoas acometidas pela doença. Apesar da gravidade, é hoje considerada uma doença curável, desde que seguido os princípios modernos da quimioterapia. Apesar do tratamento ser disponível e gratuito no sistema público de saúde, o abandono do tratamento pelo paciente é um dos fatores que dificulta o seu controle, devido ao desenvolvimento de bacilos multiressistentes às principais drogas utilizadas, levando o paciente à morte ou prolongando o tempo de tratamento, o que o torna muito mais caro, quando comparado com os utilizados na tuberculose não resistente. Dessa forma, esse trabalho teve por objetivo analisar a influência dos fatores ambientais no abandono do tratamento da tuberculose no município de Itapetinga-BA. Nessa perspectiva, o estudo foi feito a partir dos casos notificados no Sistema de Informações de Agravos Notificáveis.- SINAN. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo exploratório, e utilizou como instrumentos para a coleta de dados o formulário e dados secundários - documentos de notificação. Os dados coletados foram tabulados e categorizados conforme a semelhança dos seus conteúdos, seguida de repetidas leituras dos mesmos, o que possibilitou emergir respostas importantes para a questão do abandono do tratamento. Os resultados encontrados mostraram que os fatores ambientais e o ambiente social contribuem para o abandono, destacando as condições econômicas, sociais e culturais dos indivíduos. O acolhimento ofertado pela Unidade de Saúde ao paciente, também se constituiu um fator influenciador desse abandono. Nessa perspectiva, torna-se necessário pensarmos em possíveis soluções para diminuir os números de alta por abandono do tratamento da tuberculose no município de Itapetinga.

PALAVRAS-CHAVE: tuberculose; alta por abandono; saúde pública.

ABANDONMENT OF THE TREATMENT OF TUBERCULOSIS IN THE CITY OF ITAPETINGA-BA: A STUDY OF ENVIRONMENTAL FACTORS INFLUENCED

ABSTRACT

Tuberculosis represents in Brazil and worldwide a serious public health problem due to the large number of people affected by the disease. Despite the severity, it is now considered a curable disease, based on the principles of modern drug therapy. However treatment is available at no costs on the public health system, the abandonment of treatment by patients is one of the factors that hinders its control, due to the development of multi-resistant bacilli to the main used drugs, leading the patient to death or prolonging the treatment time, which makes it much more expensive, when compared with standard treatment used in non-resistant tuberculosis. Thus, the purpose of this study is to analyze the influence of environmental factors on noncompliance in tuberculosis treatment in the city of Itapetinga-BA. The information was obtained from the cases reported in the Information System of Notifiable Diseases. – SINAN. This is a qualitative, exploratory descriptive study. The collected data was categorized according to the similarity of their contents, allowing emerging important answers to the question of abandonment of treatment. The results showed that environmental factors and social environment contribute to the abandonment, highlighting the economic, social and cultural condition of individuals. Reception offered by the Health Unit to the patient, also was a factor influencing this abandonment. From this perspective, it becomes necessary to think about possible solutions to reduce the noncompliance of tuberculosis treatment in Itapetinga.

KEYWORDS: Tuberculosis; abandonment; public health problem;

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, temos presenciado constantes crises que tem refletido no meio ambiente. As interrelações existentes entre o meio ambiente e os outros elementos do planeta nos permite perceber os problemas ocasionados com o rompimento das relações estabelecidas entre seres vivos e não-vivos. A questão da saúde também faz parte dessa rede e doenças como a tuberculose estão diretamente ligadas aos problemas ambientais, habitações inadequadas, condições de trabalho insalubres, falta de saneamento, etc.

No Brasil e no mundo a tuberculose representa um sério problema de Saúde Pública devido ao grande número de pessoas acometidas pela doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) um terço da população mundial está infectada pelo bacilo de Koch, sendo que 8 milhões de pessoas adoecem anualmente (RUFFINO NETO, 2002).

No Brasil, observam-se que no período entre 2001 a 2011 a taxa de incidência de tuberculose foi reduzida em 15,9%, sendo alcançada nesse último ano uma taxa de 36 por 100 mil habitantes. Enquanto que a taxa de mortalidade para um período semelhante (2001-2010) reduziu em 22,6%, atingindo neste último ano, 2,4 óbitos para cada 100 mil habitantes. Em relação ao percentual de cura dos casos de tuberculose o Brasil alcançou 73,5% em 2009 e 70,3% em 2010, sendo este último um dado parcial (BRASIL, 2012).

Além do sofrimento causado diretamente pela doença, a tuberculose vem requerendo altas quantias dos orçamentos públicos em países em desenvolvimento. “Estima-se que até 2015 serão necessários investimentos da ordem de US\$ 12 bilhões para o controle de algumas doenças, entre elas, a tuberculose”, COSTA et. al. (2005, p. 123). Ressalta-se também que além dos custos para o sistema de saúde, a tuberculose onera os orçamentos familiares, fortalecendo as condições de pobreza, não só pelos custos diretos com os tratamentos, mas também pela perda de renda causada pela doença.

A associação da tuberculose com a AIDS é outro fator agravante que modifica a epidemiologia da doença e dificulta o seu controle, pois ela é uma das primeiras complicações entre os infectados pelo HIV, representando a primeira causa de morte entre esses pacientes. No Brasil, em 2010, cerca de 10% dos casos novos de tuberculose (notificados no Sinan), apresentavam coinfeção TB/HIV (BRASIL, 2012).

O tratamento da tuberculose é padronizado no Brasil sendo gratuito e disponível nos Postos e Unidades de Saúde. Tem uma duração média de seis meses e chance de cura de 100% desde que feito de forma regular. Apesar de doença grave, é curável em 100% dos casos, desde que sejam obedecidos os princípios da moderna quimioterapia, porém quando um paciente abandona o tratamento, o bacilo se fortalece, podendo levar à forma mais perigosa da doença que é a forma multirresistente. Economicamente isso representa um custo muito alto para o país. “Para se ter uma idéia, um paciente novo, em seis meses de tratamento custa aos cofres públicos cerca de R\$ 100,00, enquanto outro que tenha abandonado o tratamento e retorna, custa cerca de R\$ 7 mil para obter a cura” (SESAB, 2007, p.1). Além disso, o paciente abandonador pode contaminar de 10 a 20 pessoas sadias anualmente, repercutindo significativamente no aumento do número de casos. No Brasil, XAVIER (apud CARDOSO; CAMPOS, 2006) refere que 12% dos pacientes abandonam o tratamento, e MENDES e FENSTERSEIFER (2004) referem que em algumas capitais o abandono pode atingir, em média 25% dos pacientes em tratamento.

Entendendo que a condição de saúde está relacionada intrinsecamente com o contexto sócio-ambiental do indivíduo e que o “abandono do tratamento da tuberculose”, está inserido neste contexto, representando atualmente um dos mais sérios problemas para o controle da doença, torna-se atual e relevante o tema deste estudo. Considera-se “caso de abandono de tratamento” o doente que, após iniciado o tratamento para tuberculose, deixou de comparecer a Unidade de Saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno (BRASIL, 2002).

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/SESAB (2007), Itapetinga está entre os 24 municípios baianos prioritários para o incremento de ações de controle da tuberculose. Em 2006 o Sistema de Informações de Agravos Notificáveis -SINAN/ 14ª Diretoria Regional de Saúde- Dires, notificou 54 casos de tuberculose no município, com uma taxa de incidência de 75,14/100mil hab e uma taxa de mortalidade de 3,26/100mil hab., superior a do Estado para o mesmo período. O percentual de cura foi de 69% e o de abandono 13%. Nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005, 2007 e 2009 foram encontrados respectivamente, taxas de abandono de 10%, 15%, 13%, 8%, 25,8% e 24,5%; revelando assim, que este evento vem mantendo altos índices, principalmente quando se toma como parâmetro o que recomenda a OMS que é uma taxa aceitável inferior a 5% (CORTEZI, SILVA, 2006).

A importância desse estudo centra-se no fato de que o portador de tuberculose que não adere ao tratamento permanece como fonte de contágio o que implica no aumento da mortalidade e na taxa de recidiva, além de facilitar o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes. Assim, o melhor conhecimento sobre os fatores ambientais envolvidos e contextualizados que possam influenciar o paciente a abandonar o seu tratamento, torna possível um melhor planejamento e implementação de atividades específicas para o controle da doença no município, contribuindo para o aumento da taxa de adesão ao tratamento e conseqüentemente a redução no número de abandono.

Diante da magnitude social, ambiental e econômica que a tuberculose representa, inquietou-nos o estudo sobre esta temática gerando a seguinte indagação de pesquisa: Quais as influências dos fatores ambientais no abandono de tratamento dos pacientes portadores de tuberculose no município de Itapetinga?

A presente pesquisa teve o seguinte objetivo geral: analisar a influência dos fatores ambientais no abandono do tratamento da tuberculose no município de Itapetinga-BA. E os seguintes objetivos específicos: identificar os locais onde aconteceram os casos de abandono de tratamento de tuberculose; traçar um perfil dos pacientes que tiveram alta por abandono de tratamento; verificar em que momento do tratamento ocorre o abandono, relacionando-o aos aspectos relativos ao adoecimento; citar os principais fatores apontados pelos pacientes como motivadores da alta por abandono e relacioná-los com os serviços de saúde ofertados aos mesmos.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual traz o contato direto do pesquisador com seu objeto de estudo, fazendo a descrição dos dados obtidos, das situações e acontecimentos, mostrando o significado que as pessoas pesquisadas dão a determinado problema, exigindo atenção especial do pesquisador (BOGDAN e BIKLEN, 1994). Portanto, o método usado requer o maior envolvimento do pesquisador com seu objeto e o ambiente que o cerca trazendo uma visão contextualizada da situação observada.

Este estudo classifica-se ainda como descritivo exploratório, visto a necessidade de obtenção de maiores conhecimentos acerca do tema, através da busca de subsídios que possibilitaram informações a pesquisadora da real importância do problema, o estágio em que se encontraram as informações já disponíveis a respeito do assunto, e até mesmo a evidência de novas fontes de informação. Ainda, é característica desse trabalho a pesquisa descritiva, pois irá estudar as características de um grupo. Para GIL (1994, p. 45) “as pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Tendo a exploratória como principal finalidade “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (p. 44).

2.2. Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Itapetinga-BA, que se localiza no Sudoeste da Bahia, cerca de 570 km da capital do Estado, Salvador. Apresenta uma

população de 70 mil habitantes, conforme Censo 2010; e tem na pecuária mista a sua principal atividade econômica. A indústria Azaléia, instalada a pouco mais de 10 anos no município contribui com a economia que outrora era representada somente pela pecuária.

No município pesquisado houve notificação de casos da doença em 15 bairros e em seis deles houve notificação de alta por abandono. O abandono foi mais freqüente em bairros distantes do centro da cidade, sendo que, em alguns locais destes bairros, as condições de vida de seus moradores, são menos favorecidas.

2.3. Sujeitos da pesquisa

Foram sujeitos dessa pesquisa todas as pessoas residentes no município de Itapetinga, acometidas por tuberculose pulmonar e/ou extrapulmonar, no período de 01/01 à 31/12/2009 e que não completaram seu tratamento por motivo de alta por abandono.

Ressalta-se, para fins de detalhamento, que dos 14 casos notificados em alta por abandono de tratamento, a pesquisa referiu-se à apenas 12 pessoas, visto que dois pacientes, abandonaram e reiniciaram o tratamento em 2009. Vale ressaltar ainda que, dos 12 pacientes notificados como alta por abandono, dois foram a óbito e um não foi localizado para participar da pesquisa de campo; sendo assim, os dados coletados através do instrumento de pesquisa, refere-se a nove pacientes.

2.4. Instrumento de coleta de dados

Neste estudo, utilizou-se de dois instrumentos de pesquisa a saber: a análise documental e formulário de pesquisa. A análise documental foi necessária para acessar informações contidas no banco de dados de tuberculose, SINAN/Data SUS (Sistema de Informações de Agravos Notificáveis), instalados na 14ª Diretoria Regional de Saúde-14ª DORES. Esses dados, baseados na Ficha de Notificação Compulsória de Tuberculose e Ficha de Investigação de Tuberculose, foram colhidos até 27/07/2010. Para LÜDKE e ANDRÉ (1986, p. 38), "a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema".

Conforme TEIXEIRA (1999, p. 77), com o formulário "o pesquisador elabora o instrumento com questões dos dados pessoais e específicas e ele mesmo o aplica verbalmente. Cabe ao pesquisador o seu preenchimento". Para tanto, o instrumento aplicado, no qual o pesquisador teve o privilégio de colher às informações diretamente com o sujeito de sua pesquisa, continha dados necessários ao alcance dos objetivos propostos.

A coleta de dados foi realizada no ambiente natural, sendo logo após, tabulados e categorizados conforme a semelhança dos seus conteúdos, seguida de repetidas leituras dos mesmos, a fim de possibilitar emergir nas questões importantes para o abandono do tratamento. Os resultados encontrados foram analisados tendo por base documentos oficiais do Ministério da Saúde e publicações científicas da área de epidemiologia.

Esse estudo respeitou a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e foi protocolado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Aqui estão os resultados da pesquisa realizada, referentes às informações adquiridas por meio do formulário e das fichas do SINAN, através das quais foi possível a análise e discussão dos dados. Os resultados são apresentados de forma a permitir melhor visualização do alcance dos objetivos do presente estudo.

3.1. Número de alta por abandono de tratamento de tuberculose e localização da residência do paciente

Na tabela 1, há a indicação do número de casos de tuberculose notificados no município de Itapetinga, no ano de 2009, por bairros, e o percentual de alta por abandono do tratamento, também por bairros.

Tabela 1: Número de casos notificados de tuberculose, por bairros, em Itapetinga-ano-2009 e percentual de alta por abandono de tratamento.

Nº	Bairros	Nº de casos notificados em 2009	Nº de alta por abandono dos casos notificados em 2009	Nº de alta por abandono dos casos por percentual
1	São Francisco	04	-	
2	Nova Itapetinga	18	07	38,8
3	Clodoaldo Costa	06	02	33,3
4	Bandeira	02	-	-
5	Vila Rosa	02	-	-
6	Primavera	05	01	20,0
7	Vila Riachão	02	01	50,0
8	Ponto Certo	01	-	-
9	Quintas do Sul	03	-	-
10	Vila Isabel	04	02	50,0
11	Centro	02	-	-
12	Otávio Camões	03	01	33,3
13	Quintas do Morumbi	02	-	-
14	Américo Nogueira	02	-	-
15	Vitória Régia	01	-	-
-	Total	57	14	24,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme dados da 14ª Dires - Itapetinga teve no ano de 2009, 57 (cinquenta e sete) casos notificados de tuberculose; entretanto, atendendo aos objetivos deste trabalho, consideraremos apenas os dados dos casos notificados nos bairros onde observou-se alta por abandono de tratamento (bairros em negrito na tabela 1). Percebe-se na tabela acima, que, levando-se em consideração o número total de casos notificados (57), em relação ao número total de abandonos (14), o percentual encontrado foi de 24,5%, o qual vai além do preconizado pelo Ministério da Saúde que é de até 5% (CORTEZI; SILVA 2006) do total de casos novos de tuberculose. Tal dado exposto nos leva a evidenciar que houve uma baixa adesão ao tratamento nestes bairros, levando àquelas comunidades exporem-se ao risco de adoecer por tuberculose e uma vez que, por tratar-se de bairros populosos do município, com pequeno nível

sócio econômico, é possível encontrar famílias inteiras vivendo em aglomerados, caracterizando um ambiente social favorável à disseminação desta grave endemia.

Chama-se a atenção em especial, para os bairros Vila Izabel e Vila Riachão, cujo percentual de alta por abandono do tratamento de tuberculose atingiu 50,0%, ou seja, dez vezes mais que o índice preconizado, conforme citado anteriormente.

3.2. Perfil dos Sujeitos da Pesquisa

3.2.1. Dados de Identificação

Atendendo ao segundo objetivo deste trabalho, os dados coletados, mostraram que os colaboradores deste estudo são, em sua maioria, do sexo masculino(66,6%);estado civil, solteiros (66,6%), cuja faixa etária varia entre 18 à 33 anos (55,5%), com ensino fundamental incompleto (77,7%).

O perfil encontrado neste estudo encontrou similaridades com os estudos realizados por LEAL (1987), PAIXÃO; GONTIJO (2007); CORTEZI; SILVA (2006) nos quais observou-se como predomínio do abandono do tratamento indivíduos do sexo masculino, jovens e solteiros. Esses dados poderiam não ser considerados como variáveis significativas para o abandono de tratamento da tuberculose, visto que este pode ocorrer em qualquer idade, com pessoas de qualquer sexo e estado civil; entretanto, tal abandono poderia agravar as condições de saúde do paciente podendo levá-lo à óbito, numa etapa da vida potencialmente produtiva, privando-o, como também à coletividade, de todo o potencial econômico e intelectual do vir a ser do sujeito na sociedade.

A baixa escolaridade apontada nestes resultados (77,7%, fundamental incompleto) traduz-se como fator importante para uma menor compreensão e aceitação da doença, quando se pensa na relação indivíduo/equipe de saúde. A baixa escolaridade, segundo estudo realizado por CORTEZI e SILVA (2006, p. 149) “dificulta a auto-promoção de saúde do paciente e para tentar superar este obstáculo há necessidade de adequação da linguagem dos profissionais de saúde para melhorar o entendimento dos pacientes sobre a gravidade da doença” revelando que, quanto menor for a escolaridade dos pacientes, maior será a necessidade de diálogo entre pacientes e profissionais de saúde.

3.2.2. Dados Sócio-Econômicos

Outro dado que vale refletir, diz respeito ao vínculo empregatício do paciente, no período do adoecimento, onde os estudos demonstram que 55,6% deles, encontravam-se desempregados e 88,8% tinham uma renda familiar mensal, de até 1(um) salário mínimo, visto que as atividades profissionais que estes desenvolviam, tais como: multioperador (33,4%), carpinteiro (11,1%), pedreiro (11,1%), pintor (11,1%), vaqueiro (11,1%),vendedor (11,1%) e aposentado(11,1%), justifica o valor pago na região por estes serviços, o que evidencia uma condição de vida difícil e um possível fator limitante à adesão ao tratamento. As exigências terapêuticas, decorridas do tratamento da tuberculose podem onerar nas despesas da família uma vez que, por exemplo, o paciente necessita deslocar-se ao centro da cidade para realização de exames de rotina, buscar medicamentos e o próprio reforço alimentar necessário a redução das reações adversas dos mesmos. Tais questões podem comprometer a renda familiar do indivíduo, o qual, na maioria das vezes é o único provedor da família e responsável por

todo o seu sustento. Neste sentido, o indivíduo pode ter dificuldade em ver relação custo benefício advinda do seu próprio tratamento.

Fazendo frente a esta problemática, o Ministério da Saúde (M.S), em sua política de atenção ao tratamento da Tuberculose, salienta a importância de ações intersetoriais, a fim de fortalecer a adesão do paciente ao tratamento, a exemplo, Secretaria de Ação Social, na oferta de cestas básicas e vale transporte. Neste sentido, conforme respostas fornecidas, 77,7% dos pacientes receberam cestas básicas durante o tratamento. Outros (44,4%) pegavam o leite na Secretaria de Ação Social, pois sabiam que tinham essa oferta. Outros (66,6%) disseram nunca ter recebido ajuda para o transporte, mesmo considerando o local (Maçonaria) onde realizavam o tratamento longe de seus domicílios. Segundo PINTO, PAULA e PARRON JR (2006, p. 160), esse tipo de apoio é importante, pois reduzem as chances de abandono:

O apoio suplementar aos pacientes de TB para promover a adesão ao tratamento é uma ajuda de grande significância para o doente e deve fazer parte do PCT. Geralmente, o tratamento supervisionado requer que os pacientes compareçam diariamente, a uma unidade de saúde, onde a tomada dos medicamentos dar-se-á sob observação, resultando num custo social considerável para o paciente e numa série de dificuldades econômicas para a família. Todavia, há estratégias eficientes como as de incentivos, por exemplo, que estimulam os pacientes a completar seu tratamento.

Conforme descrito acima, a implantação dessa estratégia requer o compromisso governamental de continuidade das ações de controle da TB, que se traduz em investimentos para contratação de pessoal, transporte de pessoas e materiais, insumos de laboratório, incentivos para os pacientes e outras necessidades identificadas (p. 160).

Esses incentivos referiam-se a bolsa-alimentação; cesta básica; vale transporte; tudo isso durante o tratamento; e prêmio, se obtiver alta por cura. Independente de esses incentivos serem para pacientes em tratamento supervisionado ou não, eles são importantes incentivos e necessários levando em consideração as condições de vida dos pesquisados.

Em relação a moradia, observou-se que 88,8% reside na área urbana. Esse resultado concorda com o encontrado na pesquisa de CORTEZI e SILVA (2006). Refletindo sobre as questões do tratamento, residir na zona urbana deveria ser um fator facilitador para a conclusão deste. Porém, ao constatar que um percentual tão elevado dos pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose, residiam na zona urbana de Itapetinga, pode-se inferir também que seja em decorrência ao estigma que a doença traz. Residir em zona urbana, próximo de amigos, vizinhos e conhecidos pode ser um fator que dificulta a continuidade do tratamento, principalmente porque a Unidade de Referência para o tratamento da tuberculose, em Itapetinga, situa-se em local central, com grande exposição dos seus frequentadores.

Ao observarmos a tabela 2, pode-se verificar um importante e grave fator de risco social/ambiental e familiar presente na vida destes pacientes.

Tabela 2: Frequência e percentual de pessoas residentes no mesmo domicílio e que compartilham dormitório com o paciente em tratamento de Tuberculose.

Variável	Nº	%
Nº moradores no mesmo domicílio		
Mora sozinho	01	11,1
2 à 5 pessoas	06	66,7
6 à 10 pessoas	02	22,2
Nº de pessoas que dormem no mesmo cômodo com o paciente		
Dorme sozinho	04	44,5
Com 01 pessoa	04	44,5
Com 02 pessoas	01	11,0

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria (66,7%) dos entrevistados mora no mesmo domicílio com 02 à 05 pessoas, 22,2% com 06 à 10 pessoas e apenas 11,1% reside sozinho. 55,5% dos pacientes dividem o mesmo dormitório com 01 (44,5%) ou 02 (11,0%) pessoas; 44,5% dormem sozinhos no cômodo.

Os dados refletem um forte e grave problema social/ambiental, uma vez que a aglomeração intradomiciliar refletida na tabela acima, aumenta o risco da disseminação da tuberculose entre os membros da família - Contactante Intradomiciliar¹ e a partir destes, para a comunidade, perpetuando a cadeia de transmissão da doença e o pior, colocando em risco toda uma comunidade à exposição de cepas multiresistentes do bacilo, ou seja, super bactérias resistentes aos antimicrobianos convencionais, sendo portanto muito mais agressivos que as cepas consideradas “normais”.

3.3. Aspectos relativos ao adoecimento

Neste item, foram coletadas informações quanto ao estilo e hábitos de vida do paciente, conhecimento quanto à doença, história familiar, e mês (período de tratamento) em que aconteceu o abandono do tratamento de tuberculose.

¹Conforme SOUZA e TOCANTINS (1999) contactante intradomiciliar – toda pessoa que coabita com um doente de tuberculose.

Tabela 3: Percentual de pacientes etilista e tabagista que tiveram alta por abandono de tratamento de tuberculose em 2009.

Variável	Sim (%)	Não (%)
Etilista	66,6	33,4
Tabagista	77,7	22,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Constatou-se nesse estudo que 66,6% dos pesquisados eram etilistas e 77,7%, tabagistas. Sabe-se que hábitos como o de ingerir álcool e fumo são prejudiciais à saúde, além do mais, estes colaboram para agravar o quadro clínico da doença. Portanto, devido às dificuldades em modificar mudanças de hábitos nocivos à saúde, como no caso da ingestão do álcool e fumo, deve ser dada uma atenção especial a esses usuários.

Segundo RUFFINO NETO e RUFFINO (1979), fatores ambientais como o alcoolismo e tabagismo vêm sendo apontados como responsáveis negativamente à resistência orgânica, propiciando assim a patogenia endógena da doença em termos coletivos e individual, visto que o etilista encontra no álcool suficientes calorias, reduzindo portanto sua alimentação, o que agrava o estado nutricional, baixando sua resistência e elevando o risco de aparecimento da tuberculose. Uma vez doente, o uso contínuo do álcool e do tabaco, repercutem negativamente na ação dos antimicrobianos, potencializando seus efeitos colaterais.

Quanto ao conhecimento dos pacientes a cerca da doença, ou seja, como a adquiriu, observa-se na tabela 4, abaixo, alguns motivos relatados.

Tabela 4: Conhecimento dos pesquisados a cerca de como contraiu a doença (tuberculose) em percentual.

Como adquiriu a doença	Percentual (%)
Não sabe	11,1
Acha que foi pneumonia mal curada	11,1
Acha que foi no trabalho em contato com alguns resíduos	11,1
Acha que foi com o sereno da noite, frieza	44,5
Acha que porque bebia muito	11,1
Acha que foi devido a debilitação da saúde	11,1

Fonte: Dados da pesquisa.

É possível constatar que o desconhecimento sobre a transmissão da doença pode ser verificado nas respostas errôneas dos pacientes, o que pode ter contribuído para o abandono do tratamento. Observou-se neste estudo, que 44,5% dos pacientes, atribuíram à causa, ao sereno e frieza, 22,2% atribuíram ao hábito e condição de vida (consumo de álcool e saúde debilitada), 11,1% relaciona como causa uma pneumonia mal curada, 11,1% atribuem a questões de exposição ambiental durante o ato laborativo e 11,1 não sabem.

Estes dados reforçam os achados relativos à variável “intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e a procura pela unidade de saúde”, a qual indica que 55,6% dos pacientes procuraram o serviço de saúde aproximadamente dentro de 30 dias. Após o aparecimento dos sintomas, 22,2% informaram 60 dias e 22,2% não se lembraram. CORTEZI e SILVA (2006), em seu estudo, apontaram que a falta de conhecimento em relação aos sintomas e a transmissão, ou seja, como adquiriram a doença, dificulta o não prolongamento da doença e o seu controle. Sabe-se que quanto mais cedo, se inicia o tratamento, maior é a chance de interromper a cadeia de transmissão da doença.

Ao serem questionados se algum membro da família já havia adquirido a doença em outro momento, foi surpreendente o fato de constatarmos que 66,6% destes, tiveram pessoas que já adoeceram por tuberculose em sua família. Isso é muito importante, quando se pensa no papel que a família pode desempenhar, tamanha é a importância atribuída a opinião familiar, que poderá propiciar suporte para resultados positivos ou influenciar negativamente na sequência da terapêutica.

PAIXÃO e GONTIJO (2007), também identificaram, em seu estudo, que “a sensação de bem-estar após a fase inicial do tratamento tem sido o motivo mais apontado para o abandono” (p. 212). Quando se analisa o mês de ocorrência do abandono, em nossa pesquisa, conforme tabela 5, abaixo, observamos que 66,7% dos entrevistados se referiram ao 3º e 4º mês de tratamento, os quais se configuram como os meses de maior ocorrência de abandono. Confirmando os estudos de LEAL (1986), este aponta que o 3º mês de tratamento é o de maior incidência para a interrupção do tratamento porque é quando os sintomas desaparecem e o paciente pensa que está curado. Esse se configura o período em que a equipe de saúde mais deve estar em contato com o paciente, informando-lhe que nesse período os sintomas desaparecerão, mas que isso não significa necessariamente a cura. A orientação adequada é um fator importante para se evitar a descontinuidade do tratamento.

Tabela 5: Período de ocorrência em que ocorre o abandono do tratamento de tuberculose e percentual.

Variável	%
Período de Ocorrência	
1º mês	11,1
3º mês	44,5
4º mês	22,2
5º mês	11,1
Não se lembra	11,1

Fonte: Dados da pesquisa.

CORTEZI e SILVA (2006, p. 149) em estudo apontaram que:

Em 78,8% dos pacientes estudados, a interrupção do tratamento ocorreu entre o segundo e o quarto mês, quando o paciente apresenta boa melhora clínica. Caso o paciente não receba orientação adequada da equipe de saúde sobre o tempo de tratamento da TB, regularidade do uso das drogas e conseqüências adversas da interrupção do mesmo, a adesão poderá ser comprometida.

3.4. Aspectos relativos aos fatores motivadores do abandono, incluindo aqueles relacionados aos serviços de saúde

SUCUPIRA et. al. (2005) referem-se que o abandono do tratamento da tuberculose é, na maioria das vezes, multifatorial e até subjetivo. Na tabela 6, abaixo, estão expostos três motivos, citados pelos entrevistados, como causa de abandono de tratamento, os quais estão relacionados à medicação, ao próprio indivíduo e aos serviços de saúde.

Tabela 6: Fatores, em percentual, citados pelos pacientes como responsáveis pelo abandono do tratamento.

Variável	(%)
Motivos do abandono	
Reação adversa aos medicamentos	44,5
Opção pessoal	33,3
Falta de medicamento	22,2

Fonte: Dados da pesquisa.

As reações medicamentosas, ou efeitos colaterais decorrentes do uso dos medicamentos, é um evento esperado e relativo a cada paciente, no curso do tratamento da tuberculose. Nesse estudo, 77,7% dos pacientes, relataram usar os medicamentos de acordo as orientações recebidas da equipe, o que reflete positivamente para o alcance do objetivo do tratamento, que é a cura. Por outro lado, constatamos na tabela 7, que 88,1% dos entrevistados, apresentaram reações ao uso dos medicamentos e esse fator aparece em 44,5% entre as causas que levaram os pacientes a abandonarem seu tratamento, conforme tabela 6. Isso demonstra uma necessidade ainda maior de aproximação, diálogo e apoio entre os profissionais da Unidade de Saúde e pacientes, para que estes não abandonem o tratamento no momento do aparecimento dessas reações.

Tabela 7: Presença de reação adversa ao uso do medicamento tuberculostático entre os entrevistados, em percentual.

Reação	Percentual (%)
Sim	88,8
Não	11,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Em estudo realizado, MENDES e FENSTERSEIFER (2004) expõem que “alguns indivíduos acham os medicamentos fortes, tanto que afetam negativamente outras partes do corpo, sentindo muitas reações desagradáveis”. O apoio desses profissionais e dos familiares é muito importante para estimular a adesão ao tratamento e assegurar a alta por cura.

Os efeitos colaterais dos medicamentos é algo que incomoda realmente e conforme citado anteriormente, percebeu-se nesse estudo uma incidência grande de pacientes que faziam uso de bebidas alcoólicas (66,6%) e de cigarro (77,7%), potencializando assim as reações aos medicamentos e prejudicando a eficácia dos antituberculostáticos.

CORTEZI e SILVA (2006) apontam algumas causas ligadas ao próprio indivíduo, citadas na literatura para as causas da alta por abandono, sendo: dificuldade financeira e desemprego, não ter dinheiro para o transporte, brigar com a equipe de saúde, ter sido hospitalizado, trabalho integral, existência de doenças associadas, não ter informado a família sobre a doença, óbito na família, desemprego, uso de álcool e drogas, melhora clínica, interrupção da rotina, tempo de tratamento, falta de ajuda de custo e distância entre a residência e o serviço de saúde. Informa-se nesse nosso estudo, que estes últimos fatores foram agrupados em “opção pessoal”.

Entre as causas de abandono de tratamento atribuídas aos serviços de saúde, neste estudo, 22,2% relataram o fato de não ter medicamentos na Unidade de Saúde, configurando-se como um desestímulo ao avanço do tratamento, já que, conforme dados mostrados, ainda que estes fossem disponíveis para a venda, os pacientes não teriam condições financeiras para comprá-los.

Outros fatores ligados aos serviços de saúde, apontados neste estudo referem-se aos profissionais responsáveis pelo atendimento ao paciente em tratamento de tuberculose; as informações recebidas pelos pacientes, oriundas destes profissionais e a conduta da equipe de saúde frente a ausência do paciente, no curso do tratamento.

Observa-se na tabela 8, que 22,2% dos pacientes, foram atendidos na 1ª consulta, por profissionais médicos, 33,3% por profissionais enfermeiros e 22,2 % por enfermeiros e médicos. Um dado que chama atenção é que 88,8% dos pacientes tiveram o tratamento para acompanhamento da doença, consulta subsequente, feito exclusivamente pelos enfermeiros.

Tabela 8: Atendimento por profissional de 1ª consulta e consulta subsequente, ao paciente em tratamento de tuberculose.

Profissional	%
1ª Consulta	
Médico	22,2
Enfermeiro	33,3
Médico/Enfermeiro	22,3
Não se lembra	22,2
Consultas subsequentes	
Enfermeiro	88,8
Não se lembra	11,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Estabelece-se como 1ª consulta o: acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento (REIS, 2010). O atendimento multiprofissional ao paciente é um fator importante no sucesso de qualquer tratamento. Neste sentido, ao observarmos a tabela acima, percebemos que para apenas 22,3% dos pacientes, houve uma interação multiprofissional, onde estes foram atendidos por ambos os profissionais, ou seja, médico e enfermeiro, na sua primeira consulta, e esta é de extrema importância por tratar-se de um momento onde a abordagem ao paciente é mais minuciosa e específica; é nesse momento, que o profissional cria a oportunidade de empoderar o paciente em relação ao processo de tratamento, com linguagem acessível e de fácil entendimento. A consulta subsequente, por sua vez, se caracteriza pela continuidade do cuidado aos usuários em situação de vulnerabilidade sócio-sanitária e ou que apresentam doenças crônicas necessitando de acompanhamento contínuo (REIS, 2010). Neste sentido, foi perceptível, no nosso estudo, que este acompanhamento ficou concentrado no profissional enfermeiro (tabela 8), abaixo, o que pode evidenciar uma falha na interação entre equipe, já que a Unidade dispõe também de outros profissionais, os quais poderiam estar trabalhando de forma mais articulada.

Em análise das informações recebidas pelos pacientes, oriundas dos profissionais que os atendiam, 100% dos pesquisados informam terem recebido orientações quanto a doença e todos eles relatam saber o tempo normal de duração do tratamento, porém apenas 66,6% se diziam informados quanto as consequências do abandono, relatando: “que a bactéria ficaria mais resistente” paciente 1; “que teriam que começar o tratamento novamente” paciente 2; “que iam tossir muito até expelir sangue e que podiam morrer por isso” paciente 3. Saber o que lhes podiam acontecer com a interrupção do tratamento é uma maneira de conscientizá-los e de promover uma adesão mais sólida, a fim de que a interrupção não ocorra e que haja interesse do mesmo em se tratar. Sabe-se que a interrupção do tratamento pode provocar o aparecimento de cepas de bacilos resistentes, o que significa dizer que os medicamentos anteriores, usados no primeiro tratamento, serão substituídos, por outros mais fortes, de maior custo por um tempo maior. Segundo NATAL et. al (1999a, p. 31):

Pacientes com tratamentos incompletos, menos que 6 meses, estão sujeitos a apresentar baciloscopia de escarro positiva após o abandono, com piora do prognóstico individual e aumento do risco de transmissão da doença para outros indivíduos, inclusive com bacilos resistentes.

Essas resistências são resultados de tratamentos inadequados e foram apontados nos estudos de Magarão, no final da década de 50, e posteriormente, nos estudos de Fraga lidos em CORTEZI e SILVA (2006). São esses bacilos que serão proliferados a partir de então. Portanto, obter conhecimentos sobre a doença, (o que é, como se transmite, quais os sintomas, como se previne e como se trata) é um fator importante que pode determinar ou não o abandono do tratamento (CORTEZI; SILVA, 2006). Informações adequadas e oportunas é o procedimento correto e fundamental durante o tratamento; conversar com os pacientes e escutá-los abre possibilidades de relações bem estruturadas que passam segurança e apoio.

Em relação a conduta da equipe de Saúde frente à ausência dos pacientes faltosos, ou seja, os que não retornam ocasionalmente para a consulta agendada, ou mesmo que abandonam o tratamento, verificou-se, que 55,5% dos pacientes nessa situação, referiram ter sido procurado por algum membro da equipe de saúde, seja através de contato pessoal ou telefônico, para saber o motivo da(s) sua(s) ausência(s), enquanto que 44,4%, não foram procurados. Esses últimos, na sua totalidade, responderam que se tivessem sido procurados, poderiam não ter abandonado o tratamento. Conclui-se daí, a importância da organização do processo de trabalho da equipe de saúde, a atuação comprometida e articulada entre seus membros e o paciente, a fim de garantir que seja identificado e resgatado à tempo, o paciente faltoso, permitindo assim a continuidade do seu vínculo com o serviço e conseqüentemente a conclusão do seu tratamento.

Segundo NATAL et. al. (1999b, p. 73) é fato que “fatores sociais como o analfabetismo, o alcoolismo e a falta de vínculo empregatício estão associados a miséria e a história da tuberculose”. Além dos fatores já citados e discutidos a partir dos dados das tabelas, apresentadas, sabe-se que o ambiente social em que vivemos e os seus elementos a saber: dificuldades financeiras; desemprego; condições de moradia, de higiene e limpeza em casa; todos esses elementos de contexto social, reflexo de uma sociedade que tem sua renda dividida de forma desigual, fazem parte de um ambiente social influenciadores de alta por abandono.

Dessa forma, pode-se inferir que além de fatores externos (sociais, ambientais, terapêuticos), os fatores internos, como medo, solidão (por conta do isolamento), insegurança, tristeza (falta de perspectivas) são mudanças de comportamento que levam ao abandono do tratamento, associados ao pensamento repetitivo da possibilidade de ficar sem a família, sem amigos, e sem emprego. SUCUPIRA et. al. (2005, p. 14) referem-se aos estudos que apontaram que “aspectos individuais são mais importantes do que as características do sistema de saúde, sendo que o controle adequado de alguns destes fatores poderia ter um impacto maior na aderência ao tratamento”. Dessa forma, as questões sociais e individuais influenciam no tratamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tuberculose se constitui um sério problema de saúde pública no Brasil. O tratamento correto e adequado é essencial para a quebra da cadeia epidemiológica, sendo fundamental, a vigilância, o controle e acompanhamento ao paciente, para evitar que ocorra o abandono do tratamento.

Através dos dados aqui apresentados foi possível perceber que as questões ligadas ao abandono do tratamento da tuberculose, no município de Itapetinga-BA, têm relações com o ambiente sócio ambiental em que o paciente encontra-se inserido. Assim, as condições de tratamento da doença como o uso dos medicamentos e os efeitos colaterais desses, tanto no corpo orgânico quanto na mente, também são fatores que contribuem para esse abandono. Mesmo sendo 100% curável, a tuberculose exige uma espécie de “sacrifício” dos sujeitos que por ela está infectado, pois as conseqüências do uso dos medicamentos de forma correta, antes da cura, também provocam problemas pessoais como desânimo, dependência, insegurança etc.

As condições sócio-econômicas e culturais dos pacientes aqui pesquisados levam-nos a refletir sobre como o abandono é mais que um problema de saúde pública. É também um problema que atinge, principalmente, a classe mais desfavorecida, isso porque esse tratamento exige do paciente um esforço muito grande, superior às suas reais condições (sócio-econômicas, físicas e emocionais), de vida, estar bem alimentado, ter condições de higiene adequadas, poder dispor de um quarto só para si, porque precisa dividir este com mais um membro da família; a fazer uso de um transporte coletivo para buscar os remédios ou fazer consultas na Unidade de Saúde. Eles também na sua grande maioria não recebem acompanhamento psicológico para aprender a lidar com a situação do tratamento ou receber um incentivo para continuá-lo. Assim, fatores sócio-ambientais são importantes e demandam políticas públicas que favoreçam mudanças das condições de vida dos cidadãos. Dessa forma, torna-se necessário pensar sobre isso e buscar possíveis soluções para diminuir os números de abandono e elevar a taxa de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o índice de alta por cura.

REFERÊNCIAS

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. **Manual Técnico para o controle da tuberculose**. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Volume 43, março, 2012. p. 1-12.

CARDOSO, C. C.L; CAMPOS, E. C. S. Tuberculose: o retorno de uma velha doença. **Revista Ágora**: Políticas Públicas e Serviço Social. Ano 2. Nº 4, jul/2006. 2003.

CORTEZI, M. D.; SILVA, M. V. Abandono do tratamento da tuberculose em pacientes co-infectados com HIV, em Itajaí, Santa Catarina, 1999 – 2004. **BolPneumolSanit**, 2006; 14 (3): 145-152.

COSTA, J. G. ; SANTOS, A.C.; RODRIGUES, L.C.; BARRETO, M.L.; ROBERTS, J.A.; Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias. **Revista de Saúde Pública**, 2005; 39(1):122-128.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 4.ed.São Paulo:Atlas, 1994

LEAL, M. J. **Causas de abandono do tratamento de tuberculose**. Monografia (Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública). Faculdade de Enfermagem de Jequié. 1987.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MENDES, A. M.;FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**. V.12 n.1. Rio de janeiro, abr. 2004.

NATAL, S.; VALENTE, J.; GERHARDT, G.; PENNA, M.L.; Situação bacteriológica dos doentes de tuberculose que abandonaram o tratamento. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. vol.7, n.2, pp. 30-37, 1999a.

_____. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Boletim de Pneumologia Pulmonar**. Vol. 7, n. 1. jan/jun, p. 66-73, 1999b.

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

PINTO, V. S; PAULA, R. A. C.; PARRON JR, M. Atenção suplementar nos municípios prioritários do Estado de São Paulo para pacientes em tratamento supervisionado da tuberculose. **Bol. Pneumol. Sanit**. 2006; 14 (3): 159-166.

REIS, A.M.; RIBAS, A.N.; PINTO, H.A.; OLIVEIRA, J.A.S.; ANDRADE, L.R.; BARRETTO, L.D.; RIOS, M.C.S.S.; SANTOS, M.C.C.; FREIRE, R.C.; **Módulo Princípios da Atenção Primária em Saúde e agenda inicial do trabalho**. FESF-SUS. Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador: BA. Dez. 2010.

RUFFINO NETO, A. N.; RUFFINO, M.C. Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. São Paulo, SP. **Revista Saúde Pública**, v. 13, p. 183-194, 1979.

_____. Programa de controle de tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**; 10(3):129-138, 2002.

SESAB. **Salvador recebe recursos federais para investir em ações de controle da tuberculose**. 2007. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=2174>. Acessado em: 07/06/2009.

SOUZA, F.B.A.; TOCANTINS, F. R. Contactante de doentes com tuberculose multirresistente: possibilidades de intensificar a ação da Enfermagem. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. V.7, n. 1, jan./jun., p.21-22, 1999.

SUCUPIRA, E. D.; MARTINS, M.; FREITAS, L.M.R.; NEVES, D.D.; BETHELEM, E.P.; Teria a confirmação diagnóstica algum efeito protetor no abandono do tratamento da tuberculose? **Pulmão RJ**. Volume 14, n. 1, jan-fev-mar, 2005, p. 11-15.

TEIXEIRA, E. **As Três Metodologias**: acadêmica, da ciência e da pesquisa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.