

Brito Neto, D. C. et al.



PESQUISA

Fatores de adesão e risco de abandono ao tratamento da tuberculose no município de Parnaíba-PI
Factors of accession and risk of abandonment to the treatment of tuberculosis in the city of Parnaíba-PI
Factores de adhesión y riesgo de abandono del tratamiento de la tuberculosis en la ciudad de Parnaíba-PI

David Clarindo de Brito Neto¹, Cleidiane Maria Sales de Brito¹, Dhwliany Silva Meireles¹, Simone da Silva Freitas¹, Letícia Gomes de Araújo Magalhães¹, Veronica Souza de Aguiar¹

RESUMO

Objetivou-se neste estudo investigar os fatores relacionados à adesão e/ou risco de abandono do tratamento de tuberculose nos pacientes e profissionais de saúde em oito estratégias de saúde da família do município de Parnaíba-PI. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Buscou-se, primeiramente, o número de indivíduos que foram submetidos ao tratamento de tuberculose no ano de 2013 e em seguida, realizou-se entrevista por meio de questionário semiestruturado dirigido ao(s) mesmo(s) e a equipe de saúde. Foram identificados alguns fatores que figuram na bibliografia como relacionados ao abandono como: efeitos adversos à medicação e dificuldade de seguir o tratamento sem interrupções. No que se refere à visão dos profissionais quanto ao abandono e adesão, observou-se que a ideia de que tais fatores estão relacionados somente ao paciente está fortemente presente, o que dificulta a busca por meios de lidar com a questão da não-adesão/abandono. Concluiu-se que ainda predomina a visão de que o paciente é total responsável por tais fenômenos, o que, de acordo com o conhecimento adquirido, não figura mais como verdade absoluta. **Descritores:** Tuberculose. Atenção primária à saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

The aim of this study investigate the factors associated to the adherence and/or interruption of the tuberculosis treatment in patients and health professionals of eight Family Health Care Strategies of the city of Parnaíba-PI. This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach. Searched up to find out the number of subjects who underwent the treatment of tuberculosis in 2013 and then doing the interview using a semi-structured questionnaire applied to the patients and to the staff of health. Some factors that are included in the literature related to the abandonment such as adverse effects of medication, difficulty in following the treatment without interruptions were identified. In relation to the view of professionals about the abandon and the adherence, it was observed that the idea of such factors are related only to the patient is strongly present what makes difficult to search for ways to deal with the issue of non-adherence/abandonment. So, it was observed that there the vision that the patient is completely responsible for such phenomena is still, and according to the acquired knowledge, this view does not figure as absolute truth anymore. **Descriptors** Tuberculosis. Primary Health Care. Public health.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es investigar los factores asociados con el cumplimiento y / o riesgo de abandono del tratamiento de la tuberculosis en los pacientes y los profesionales de la salud en ocho estrategias de salud de la familia de la ciudad de Parnaíba-PI. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo. Se intentó, en primer lugar, el número de individuos que se sometieron a tratamiento de la tuberculosis en 2013 y luego realizó una entrevista a través de cuestionario semi-estructurado a (s) misma (s) y el equipo de salud. Se identificaron algunos factores que aparecen en la literatura en relación con el abandono como efectos adversos a la medicación, dificultad en seguir el tratamiento sin interrupción. Con respecto a las opiniones de los profesionales sobre el abandono y la adhesión, se observó que la idea de que estos factores están relacionados sólo para el paciente está muy presente lo que dificulta la búsqueda de maneras de tratar con el tema de la no adhesión / abandono. Por lo tanto, se señaló que todavía domina la opinión de que el paciente es plenamente responsable de tales fenómenos, que, de acuerdo con los conocimientos adquiridos, ni uno más como una verdad absoluta. **Descriptor:** Tuberculosis. Atención Primaria de Salud. Salud pública.

1 - Graduando em Enfermagem na Universidade Estadual do Piauí - UESPI. 2 - Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). 3 - Enfermeiro. Graduação em enfermagem na Universidade Estadual do Piauí - UESPI. 4 - Cirurgiã Dentista. Mestre em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí. 5 - Graduando em Enfermagem na Universidade Estadual do Piauí - UESPI. 6 - Graduando em Enfermagem na Universidade Estadual do Piauí - UESPI.

Brito Neto, D. C. et al.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença ainda muito presente na nossa sociedade. Foi considerada como problema de emergência global pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devido ao grande aumento de sua incidência e morbimortalidade, mesmo em se tratando de uma doença tratável e curável (WHO, 2014). Atualmente, um dos maiores problemas para a diminuição dos prejuízos correlacionados à TB advém da baixa adesão da população ao tratamento (WHO, 2002).

Apesar da existência de vacina e de tratamento, a tuberculose desponta como a segunda causa de morte no mundo, perdendo a liderança somente para infecções por HIV. A TB é uma doença intimamente relacionada à pobreza e às condições precárias de vida e habitação. Além disso, a epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistentes agravaram os índices de incidência e morbimortalidade da doença. (WHO, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), os números de casos novos de tuberculose no Brasil foram de 69.433 em 2010, 70.731 em 2011 e 71.230 em 2012, notou-se por meio destes dados o aumento número de casos novos. Além disso, os Estados que apresentaram um maior percentual de novos casos no ano de 2012 foram Rio de Janeiro (10.871) e São Paulo (16.185). Ainda segundo dados do MS, a maior incidência de TB está no Estado do Amazonas seguido de Rio de Janeiro, Pernambuco e Acre (BRASIL, 2013)

Segundo registros epidemiológicos, em 2003, no estado do Piauí foram registrados 1.079 casos novos de tuberculose, representando 90,9% dos casos esperados (BRASIL, 2005). Segundo dados coletados no setor de vigilância epidemiológica do município de Parnaíba-PI, no ano de 2012 foram registrados 66 casos de

tuberculose.

Percebendo todo esse cenário, idealizou-se uma pesquisa norteada pelo seguinte objetivo: Investigar os fatores relacionados à adesão e/ou risco de abandono do tratamento de tuberculose nos pacientes e profissionais de saúde em oito Estratégias de Saúde da Família do município de Parnaíba-PI.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, que permite ao pesquisador o resgate da subjetividade dos sujeitos, voltando-a para o conhecimento das experiências vividas, dos aprendizados incorporados e praticados, dos valores e das crenças próprias do universo do indivíduo pesquisado (MINAYO, 2004).

Optou-se por esta abordagem pela possibilidade de avaliar a relação dinâmica existente entre o mundo real e a subjetividade que permeia a vida dos sujeitos. Para Minayo' 2007, a pesquisa qualitativa, apresenta uma conexão indissociável entre pensamento e ação, linguagem e práticas, na busca do entendimento de um fenômeno específico em profundidade. Busca-se descrições, comparações e interpretações ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações.

Em relação aos aspectos éticos e legais para a realização da pesquisa na referida US, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil e recebeu parecer favorável à pesquisa. Além disso, os indivíduos participantes foram devidamente informados com a leitura minuciosa do termo de esclarecimento sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando-lhes assegurado total direito à privacidade, sigilo e

Brito Neto, D. C. et al.
acesso aos dados.

Definiram-se como cenário da investigação oito ESF's do município de Parnaíba - PI. Além disso, definiu-se como sujeitos da pesquisa indivíduos que passaram pelo tratamento, assim como a equipe de profissionais diretamente envolvidos nesse tratamento.

A pesquisa contou com um universo de 05 pacientes e 60 profissionais da saúde. Destes, todos os 05 pacientes participaram da pesquisa e 50 profissionais de saúde, dentre eles: médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Vale ressaltar que dos 05 pacientes que participaram da pesquisa, nenhum deles havia abandonado ou não aderido ao tratamento. Por isso a importância de se complementar os dados por meio da inclusão dos profissionais no estudo, uma vez que, a vivência e o conhecimento dos mesmos ajudaram a equipe de pesquisa a atingir os objetivos propostos.

Para traçar o perfil das depoentes, obtiveram-se dados pessoais como: sexo, idade, estado civil, número de filhos, classe socioeconômica, nível de escolaridade e moradia, estes contidos no Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização Geral dos Pacientes Sujeitos do Estudo

SEXO	FREQUÊNCIA
Masculino	04
Feminino	01
IDADE (ANOS)	FREQUÊNCIA
20 ---- 30	02
50 ---- 60	01
60 ---- 70	01
70 ---- 80	01
NÚMERO DE FILHOS	FREQUÊNCIA
Não tem	01

01 ---- 05	02
05 ---- 10	02
ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA
Solteiro	02
Casado (União Estável)	03
RENDA MENSAL	FREQUÊNCIA
01 Salários Mínimos	01
> 01 Salários Mínimos	04
ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA
Analfabeto	01
Ensino Fundamental	02
Ensino Médio	02
TIPO DE MORADIA	FREQUÊNCIA
Casa Própria	04
Casa Alugada	01

Fonte: Pesquisa direta.

Já no que se refere ao perfil dos profissionais, obtiveram-se dados como: idade, ocupação na ESF e tempo de atuação na mesma, estes contidos no Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização Geral dos Profissionais de Saúde Sujeitos do Estudo

IDADE (ANOS)	FREQUÊNCIA
Não Informado	08
20 ----30	03
30 ---- 40	15
40 ---- 50	21
> 50	03
OCUPAÇÃO NA ESF	FREQUÊNCIA
Não Informado	05
Médico (a)	01
Enfermeiro (a)	05
Técnico (a) de Enfermagem	05
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	34

Brito Neto, D. C. et al.

TEMPO DE ATUAÇÃO (ANOS)	FREQUÊNCIA
Não Informado	10
< 10	11
10 ----20	29

Fonte: Pesquisa direta.

A faixa etária dos 05 pacientes sujeitos desta investigação variou de 20 a 85 anos, destes a maioria é do sexo masculino. Sobre o estado civil, achou-se 03 sujeitos casados e 02 solteiros. Os indivíduos deste estudo apresentaram variedades quanto ao número de filhos, dos quais apenas um não teve filhos, dois tiveram de um a cinco e dois teve mais de seis filhos.

Quanto à renda mensal, a maioria recebe menos de um salário mínimo e apenas um deles recebe um salário mínimo. Contudo deve-se ressaltar que a maioria possui moradia própria, apesar da renda, somente um deles residia em casa alugada. Em relação à escolaridade, um era analfabeto; dois cursaram o Ensino Fundamental e dois cursaram o ensino médio.

Já no que se refere aos sujeitos profissionais das referidas Estratégias, quanto à idade, a faixa etária dos investigados variou de 30 a 55 anos, sendo que oito não informaram essa variável.

Quanto à ocupação, a maioria foi formada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS): 34 indivíduos, além de cinco Enfermeiros e cinco Técnicos de Saúde, um médico e cinco sujeitos que não informaram essa variável.

Já no que se refere ao Tempo de Atuação na ESF, a maioria referiu entre 10 a 20 anos de atuação: 29 indivíduos, seguidos por 11 com tempo de atuação inferior a 10 anos e 10 que não informaram essa variável.

A coleta de dados foi realizada pelo autor através da técnica da entrevista baseada no questionário semiestruturado, composta por perguntas abertas e fechadas, que abre ao

entrevistado a opção de discorrer sobre o tema proposto livremente sem prender-se à indagação formulada (MINAYO, 2007).

Os dados coletados foram analisados mediante a Análise de Conteúdo de BARDIN, 1977, que permite compreender, a partir de um conjunto de técnicas parciais e complementares, a explicitação e a sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo. Foi priorizada a Análise Temática que “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos”.

Para que pudéssemos transcrever os relatos sem que houvesse transgressão no direito à privacidade dos sujeitos, utilizaram-se codinomes para os mesmos. Para os pacientes, utilizou nomes de planetas do Sistema Solar. Para os profissionais de saúde utilizaram-se nomes de flores.

RESULTADOS

Com base nos relatos escritos dos sujeitos foram elaboradas as categorias temáticas que abordam sobre os fatores de adesão e abandono ao tratamento da Tuberculose a fim de atingir os objetivos a que se propôs este estudo. Elaborou-se as seguintes categorias temáticas: Fatores de adesão ao tratamento da Tuberculose e Fatores de risco de abandono ao tratamento da Tuberculose.

Fatores de adesão ao tratamento da Tuberculose

No que tange à questão da adesão, enfocou-se nas experiências e vivências dos profissionais de saúde, uma vez que bibliograficamente, esses indivíduos aparecem mais frequentemente e são mais ativos quando se fala ou se pesquisa sobre adesão ao tratamento de Tuberculose.

Brito Neto, D. C. et al.

Ressalta-se que todos os pacientes estavam em seu primeiro tratamento e não havia, no momento da pesquisa, nenhum desistente e que todos aceitaram aderir à terapêutica e nenhum dos sujeitos havia apresentado problema com relação a isso, isso explica, em parte, nossa motivação em incluir os profissionais de saúde no estudo. Além desse fato, se soma o fato de que o profissional está diretamente relacionado e tem um papel vital tanto na adesão quanto no abandono, nos impedindo de realizar uma pesquisa que focasse, exclusivamente, os pacientes.

Quando questionados acerca dos fatores relacionados à aderência à terapêutica dos pacientes diagnosticados, os profissionais apontaram diversas causas. Dentre as mais frequentes encontramos: a sintomatologia característica; o conhecimento acerca da patologia e a importância do tratamento por parte dos pacientes, o apoio familiar, a preocupação/medo com a infectividade da doença; o medo de que a doença se agravasse; preocupação com a própria saúde; desejo de ver-se curado e receio de que sua patologia viesse a público. Alguns desses relatos estão transcritos a seguir:

“- medo: de ir à óbito; - do contágio para a família; - dos amigos saberem, então preferem iniciar tratamento antes que a patologia se agrave e fica mais visível os sinais e sintomas.” (Campânula)

“Quando ele tem há vários dias: tosse muitas vezes acompanhada de expectoração, perda de apetite, de peso, suores noturnos, dores no peito, nas costas e, às vezes escarro com sangue.” (Copo-de-leite)

Em seguida, perguntou-se como se dava o processo de adesão no paciente e se havia a possibilidade de intensificá-lo. Dentre os entrevistados, a grande maioria não respondeu ao questionamento sobre o processo de adesão, ficando restrito à questão de como intensificar esse processo. Já no que tange aos fatores de R. Interd. v. 8, n. 3, p. 169-179, jul. ago. set. 2015

intensificação, várias ações foram citadas pelos mesmos, dentre elas: visitas domiciliares frequentes; busca ativa de novos casos; acompanhamento eficiente por parte da equipe de saúde; orientação dada pela equipe ao paciente e família; palestras, campanhas e orientações acerca da patologia e seu tratamento; efetividade na entrega da medicação.

“Em geral a adesão está muito relacionada à condição do paciente no momento da ocorrência da doença. Ex.: pacientes idosos, aderem facilmente, pacientes jovens, geralmente são relutantes principalmente quando somada à essa condição existe a de uso de drogas.” (Campânula)

“Fazer regularmente visita domiciliar, explicar para o paciente a importância de tomar a medicação, e que a tuberculose é uma doença grave, mas tem cura, desde de que o paciente faça uso correto dos medicamentos.” (Copo-de-leite)

Fatores de risco de abandono ao tratamento da Tuberculose

No que se refere ao abandono, tanto pacientes quanto profissionais foram questionados e discutiram sobre o assunto em seus questionários. Em se tratando dos pacientes, estes foram questionados se, em algum momento da doença, tiveram vontade de desistir e por que. A vontade se revelou à medida em que se criou um vínculo de confiança com os indivíduos, todos em um primeiro momento afirmaram não ter tido esse desejo. Interessante notar que houve uma intensa mobilização por parte dos profissionais, principalmente dos agentes comunitários de saúde, no intuito de impedir que esse abandono viesse a acontecer. É relevante revelar, ainda, que um dos sujeitos demonstrou indignação quando perguntado a respeito:

“Quem te disse que abandonei? Terminei com o tratamento.” (Mercúrio)

Já quando indagados se notaram a

Brito Neto, D. C. et al. presença de algum efeito indesejado da medicação, uma vez que esse é um dos fatores mais relevante quando se trata de abandono do tratamento de tuberculose, os entrevistados relataram ter sentido: tontura, náuseas e mal-estar. Tais achados se deram principalmente nos indivíduos que já haviam cogitado a ideia de desistir da terapêutica.

Falta de interesse/compromisso por parte do paciente; falta de conhecimento por parte do paciente quanto à gravidade da doença; tempo prolongado de tratamento; melhora significativa do quadro do mesmo; uso de álcool e drogas; medo do preconceito; reações adversas da medicação e longo período do tratamento e falta de apoio/participação familiar, esses foram os fatores de risco apontados pelos profissionais de saúde quando questionados, como se evidencia nos achados transcritos a seguir:

“Não tive nenhum caso semelhante, mas acho que é falta de conhecimento da gravidade da doença, o paciente inicia o tratamento e alguns meses depois acha que já está curado.” (Copo-de-leite)

“- a melhora do seu quadro clínico; - uso de álcool e drogas e a falta de participação da família no tratamento; - morar sozinho; - medo de que outras pessoas tenham acesso à informação sobre sua doença; - medo do preconceito (de ser chamado de tuberculoso).” (Campânula)

“- Mudança de cidade/bairro; - pensar que já está curado; - falta de compromisso com o tratamento; - Em alguns casos falta de informação, e responsáveis pelos horários, e dias de acompanhamento das consultas; no caso de pessoas com pouco estudo.” (Beladona)

A seguir, inquiriu-se sobre como se dá o processo do abandono e se existem maneiras de contorná-lo. Assim como o que foi observado quanto à adesão, há uma lacuna no conhecimento dos profissionais quando se fala de abandono, uma vez que uma minoria soube especificar e conceituar essa problemática. Os indivíduos que falaram sobre o processo o relacionaram à

interrupção na ingestão da medicação e somente um deles relatou que seria a interrupção por mais de 30 dias. Com relação às maneiras de contornar o processo de abandono, os profissionais listaram ações como: visita domiciliar frequente; tratamento diretamente observado (DOTS); busca ativa dos faltosos e para acompanhamento; incentivo e acompanhamento por parte da equipe e da família; orientação informal do paciente e família e conscientização sobre as consequências desse abandono e as vantagens de um possível retorno.

“O paciente que passar mais de 30 dias sem uso da medicação, mesmo após as várias orientações da equipe, e o mesmo insiste em não tomar e concluir o tratamento é considerado abandono. Sim, contorna-se, notificando a vigilância, à assistente social, afim de convencê-lo ao retorno ao tratamento.” (Campânula)

“- O paciente deixa de tomar a medicação, assim interrompe o tratamento; - Sim, os profissionais de saúde, se unem para rever o caso, entram em acordo e vão atrás do paciente, ou da família, conversam e tentam convencer o paciente de TB, que volte ao tratamento.” (Beladona)

“É difícil, já tive um e consegui que ele não abandonasse, todo dia deixava o remédio na casa dele e ele tomava na minha frente, aos finais de semana pedia a vizinha para observar.” (Amor-perfeito)

DISCUSSÃO DOS DADOS

Segundo os dados encontrados, observou-se que a maioria dos fatores citados pelos profissionais que contribuem para a não adesão ao tratamento estão relacionados ao paciente, principalmente se há uso de drogas. O profissional foca a problemática somente no paciente, o que ele deve ou não fazer, o que ele faz ou não faz e que somente essas variáveis vão afetar o sucesso do plano terapêutico.

Tal visão por parte dos profissionais corrobora com o que foi descrito por outros

Brito Neto, D. C. et al. autores, de que o conceito recorrente é a de que o paciente deve desempenhar, seguir e obedecer às indicações e que sua conduta deve coincidir com os conselhos e sugestões médicas. O paciente tem autonomia para escolher seguir ou não o tratamento, mas o profissional não tem culpabilidade sobre as consequências dessa decisão (NATAL, 1977, CARVALHO, et al 2003)

Tais ideias insinuam que a função do paciente é ser submisso àquilo que o profissional de saúde decide. Na medida em que o paciente deixa de observar as recomendações, os conselhos, as indicações e as ações estabelecidas pelo profissional e/ou pelo serviço, é considerado como não-aderente ao tratamento. Os profissionais têm a tendência em abordar a questão da adesão/não-adesão exclusivamente sob suas perspectivas, ignorando as do paciente. Eles deixam de considerar a variabilidade e negam a validade das condutas que se diferenciam das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-los e entendê-los (TROSTLE, 1988).

A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não-adesão são complexos e difíceis de serem entendidos. Por isso, há que se considerar essa questão sob outra ótica, levando em conta a subjetividade do paciente, bem como suas necessidades e dificuldades, mais do que a precisão com que ele segue as recomendações.

De acordo com a World Health Organization, 2011, o termo adesão é utilizado como uma relação em que o paciente consegue entender sua condição, os aspectos de sua doença e a importância da adesão não apenas no contexto individual da patologia, mas também na dimensão da própria doença em questão.

Esse seria um novo entendimento do papel do paciente, não apenas como aquele que cumpre ordens, mas como um sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento.

Tal mudança de definição é relatada nos trabalhos de CONRAD, 1985; Dowell & Hudson, 2013 e Milstein-Moscatti *et al*, 2000. Além de aparecer claramente em nosso estudo no que tange à falta de conhecimento do processo de adesão por parte dos profissionais, além do fator anteriormente relatado de que os mesmos se focam em sua perspectiva e não em um quadro geral.

Notou-se, entretanto, que havia consenso quanto à relação entre adesão e a presença de efeitos indesejados, o que lembra, constantemente ao paciente, que ele ainda está com algum problema decorrente da sua doença atual. Alguns indivíduos, quando os sintomas melhoram, acreditam que não estejam mais doentes, já que a concepção de doença está ligada à presença de sintomas indesejáveis que não os permitam agir como antes (FOX,1987; BLOOM, 1992; MENEGONI, 1996; NAIR et al, 1997; GONÇALVES et al, 1998).

Tomar os medicamentos é reviver a doença que não mais se manifesta fisicamente (CONRAD, 1985).

Assim como verificado nos relatos, aponta-se que a manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento pelo doente está relacionada ao TS (Tratamento Supervisionado) e ao empenho dos profissionais de saúde em manterem comunicação adequada com os doentes (MISHRA et al, 2006).

Nessa linha, o processo comunicacional não se encerra em uma lógica retilínea, mas pressupõe o canal aberto para escuta. Daí o fato de o TS não se restringir à observação da ingestão da medicação, mas se ampliar para a escuta e compartilhamento de necessidades (BERTOLOZZI, 2005).

Outros fatores relacionados ao serviço de saúde influenciam na adesão ao tratamento. A qualidade do serviço e sua organização foram sinalizadas por diversos autores como diretamente relacionados ao abandono DEHEINZELIN *et al*,1996 citam que um estreitamento da relação médico-

Brito Neto, D. C. et al.

paciente, assim como melhor organização do atendimento, levando à redução no tempo de espera para consulta e o treinamento dos médicos em tuberculose, são todos fatores importantes relacionados a uma boa adesão.

A queixa de baixa qualidade nos serviços prestados não foi verificada entre as respostas dos sujeitos pesquisados. Os profissionais, assim como a rede de assistência básica, são colocados, inclusive, como fatores facilitadores da adesão e impedimento do abandono.

Já no que tange a questão do abandono, notou-se na pesquisa que os pacientes demonstravam receio em admitir uma vontade em abandonar o tratamento, sendo que essa vontade, depois, se mostrou presente e real. Tal processo, de negativa diante da possibilidade do abandono esteve ligado à inexistência de um vínculo de confiança entre a equipe de pesquisa e os entrevistados, questão que, depois de ultrapassada revelou a importância da criação de tal vínculo.

O vínculo, por sua vez, constitui um importante princípio no cuidado ao doente de tuberculose, uma vez que estabelece uma relação de confiança, diálogo e respeito entre o profissional de saúde e o paciente, que passa a compreender a significância de seu tratamento, seguindo corretamente as orientações da terapêutica (ARCÊNCIO, 2003).

Os profissionais buscam a confiança das pessoas atendidas, sua satisfação, numa relação empática e sem pré-julgamentos; devido à necessidade do processo de cuidado englobar além da competência técnica, os aspectos interpessoais e humanísticos da relação profissional-paciente-família (GIACOMOZZI, 2006).

O estudo também mostrou que há uma relação estreita e direta entre o DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course ou Tratamento de Curta Duração Diretamente Observado) e o sucesso do esquema terapêutico e cura do

paciente, uma vez que essa vigilância contínua por parte do profissional estimula o paciente a continuar o tratamento ao mesmo tempo em que o desencoraja a abandonar.

A supervisão da tomada dos fármacos poderá ser feita com pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação semanal na segunda fase do tratamento. O processo de implantação e operacionalização do Tratamento Supervisionado deverá ser acordado em nível local, segundo a realidade da comunidade envolvida e os recursos disponíveis. No TS, a adesão ao tratamento da tuberculose é compartilhada entre usuário, profissionais de saúde, governo e comunidade (CARREIRA, 2002) o que mostra que o controle da tuberculose excede a relação entre profissionais de saúde e usuários e envolve responsabilidade social e compromisso políticos de gestores para com a saúde a ser assegurada como direito de cidadania.

Quando se trata dos fatores que interferem no tratamento gerando o abandono, os principais citados pelos pacientes foram os efeitos indesejados da medicação que incluíram náusea, tonturas e mal-estar. Há doentes que concluem o tratamento sem apresentar reações adversas decorrentes do uso das drogas. Mas, há casos, em que efeitos colaterais se fazem presentes e contribuem para a interrupção do tratamento. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais de saúde sensibilizem os usuários para os possíveis efeitos colaterais e reações adversas decorrentes da terapia medicamentosa, tornando-os protagonistas do processo terapêutico e detentores do conhecimento acerca do tratamento, de modo a promover a sua continuidade (SÁ, 2007).

Como fatores que contribuem para o abandono, além dos já citados, estão os relacionados pelos profissionais questionados. Ressalta-se a ideia arraigada nos profissionais de

Brito Neto, D. C. et al.

que o abandono, assim como os fatores de risco, está totalmente ligado somente ao paciente. Na mentalidade destes, o papel que a equipe de saúde exerce nesse cenário é irrelevante se comparado ao papel crucial da boa-vontade e perseverança do sujeito acometida pela Tuberculose.

Vale ressaltar que fatores preocupantes que estão presentes em outras localidades não foram encontrados em nosso estudo. Entre eles está o uso de drogas, um dos principais motivos de abandono de tratamento da TB, em especial, o consumo de álcool e o tabagismo (RIBEIRO et al, 2000; PAIXÃO, 2007; FERREIRA et al, 2005).

Além deste, estão fatores como: aspectos relacionados diretamente ao atendimento nos serviços de saúde e ao tratamento da doença; associação da TB com a ocorrência de outras doenças, principalmente crônicas; aspectos relacionados ao cuidado em saúde, ainda, a humanização da relação dos profissionais de saúde com o usuário. Todos os fatores acima citados não foram encontrados nos relatos da nossa pesquisa.

Consequente a isso, com relação ao abandono, os profissionais demonstraram não estar ambientados com a definição do mesmo. Uma vez que, o abandono do tratamento é considerado um dos mais sérios problemas para o controle da tuberculose, porque implica na persistência da fonte de infecção, e no aumento da mortalidade e das taxas de recidiva, além de facilitar o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes (NATAL et al, 1999; OLIVEIRA, 2000) .

De acordo com BRASIL, 2005, considera-se 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, nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias conta a partir da última tomada da droga. Geralmente os fatores associados ao abandono estão relacionados com o doente, com a

modalidade do tratamento empregado e com aqueles ligados aos serviços de saúde (RABAHI et al, 2002; SCHLUGER et al, 1995).

Por fim, questionaram-se quais estratégias poderiam ser usadas para contornar esse problema do abandono. Apontaram-se práticas como a visita domiciliar, o tratamento supervisionado, campanhas e palestras para propagar o conhecimento entre outros.

Pois, segundo os achados que são corroborados em outros estudos, crê-se que a implantação de medidas inter setoriais e o incentivo à autonomia do usuário, articulados aos esforços das ESF's em estabelecer relações de vínculo com o doente e sua família, favoreçam o cuidado integral ao doente de TB, no âmbito da Atenção Primária a Saúde (SÁ, 2007).

Ressalta-se que a incorporação dos sentidos da integralidade no cuidado do doente e sua família, produzindo vínculo, acolhimento e fornecendo assistência e apoio para o enfrentamento da situação de adoecimento promove o sucesso terapêutico, particularmente mediante a prevenção do abandono do tratamento (SOUZA, 2010).

CONCLUSÃO

Foram identificados no cenário alguns fatores que figuram na bibliografia como relacionados à adesão e ao risco de abandono como efeitos adversos à medicação e dificuldade de seguir o tratamento sem interrupções.

Entretanto outros fatores como dificuldade de acesso à medicação e falta de auxílio por meio dos profissionais de saúde não foram mencionados. No que se refere à visão dos profissionais quanto ao abandono e adesão, observou-se que a ideia de que tais fatores estão relacionados somente ao paciente está fortemente presente o que dificulta a busca por meios de lidar

Brito Neto, D. C. et al.

com a questão da não-adesão/abandono.

Assim, notou-se que há uma melhora no meio pesquisado com relação aos fatores de adesão e abandono, tendo-se em vista que não se mencionou fatores diretamente relacionados à eficiência do Sistema de Saúde, porém ainda predomina a visão de que o paciente é total responsável por tais fenômenos, o que, de acordo com o conhecimento adquirido, não figura mais como verdade absoluta.

Os resultados desta pesquisa não permitem conclusões definitivas. Outros pesquisadores poderão trilhar caminhos análogos e nortear seus estudos para melhor compreensão do fenômeno do abandono do tratamento para tuberculose, evitando que pacientes e suas famílias sejam ostracizados, conforme mostra a secular história da tuberculose.

REFERÊNCIA

- ARCÊNCIO, R. A. **A organização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo**. 2005. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7 ed., Lisboa, 1977.
- BERTOLOZZI, M.R. **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (“DOTS”) no Município de São Paulo - SP**. 2005. Tese. [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem/ USP, São Paulo, 2005.
- BLOOM, B. R. MURRAY, C. J., Tuberculosis: Commentary on a reemergent killer. *Science*, v. 21, n. 257, p. 1055-64, ago, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Situação da tuberculose no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/a_presentacao_dia_mundial_tb_26_03
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de R. Interd. v. 8, n. 3, p. 169-179, jul. ago. set. 2015
- Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação: Piauí / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.
- CARREIRA, A.G. **Avaliação das evidências de efetividade e custo-efetividade do tratamento supervisionado (DOT) da tuberculose**. 2002. Dissertação. [Mestrado em Saúde Pública], (SP) - Escola Paulista de Medicina - UFSP, São Paulo; 2002.
- CARVALHO, C.V. et al. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 593-604, 2003.
- CONRAD, P. **The meaning of medication: another look at compliance**. *Social Science and Medicine*, v. 20, n.11, p. 29-37, 1985.
- DEHEINZELIN, D. et al. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. *Rev Hosp Clin Fac Med, São Paulo*, p. 51, p. 4, p. 131-5, 1996.
- DOWELL, J.; HUDSON, H. A qualitative study of medication-taking behavior in primary care. *Family Practice*, v. 14, n. 5, p. 369-375, 1997.
- FERREIRA, A.A.A. et al. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. *Rev Bras Epidemiol*, v. 8, n. 2, p. 142-9, jun. 2005.
- FOX, W. et al. An inquiry into the attitudes of South Indian patients to the coloration of the urine by Rifampicin. *Tubercle*, v. 68, n. 3, p. 201-207, set., 1987.
- GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*, v. 15, n. 4, p. 645-53, out-dez 2006.
- GONÇALVES, H. Corpo doente: Um estudo sobre a percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, L. F.; LEAL, O. F. (org). **Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas**, p. 105-120, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1998.
- MENEGONI, L. Conception of tuberculosis ant-therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 10, n. 3, p. 181-401, 1996.
- MILSTEN-MOSCATI, I.; PERSANO & CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais de adesão à terapêutica. In: CASTRO, L.L.C. (org). **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. AG Editora, [S.L.], 2000.

Brito Neto, D. C. et al.
MINAYO, M.C.S (org).; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 25 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8. ed, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 2004.

MISHRA, P. et al. Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. **Patient Educ Counseling**, v. 63, n. 1-2, p. 29-37, out. 2006.

NAIR, D. M.; GEORGE, A.; CHACKO, K. T. Tuberculosis in Bombay: New insights from poor urban patient. **Health Policy and Planning**, v. 12, n. 1, 77-85, mar. 1997.

NATAL, S. Revisão bibliográfica - tratamento da tuberculose: causas da não-aderência. **Bol. Pneum. Sanit**, v. 5, n, 1, p. 50-70, 1997.

NATAL, S. et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Bol Pneumol Sanit.**, v. 7, n. 1, p. 65-78, 1999.

OLIVEIRA, H.B.; MOREIRA-FILHO, D.C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 437-43, 2000.

PAIXÃO, L.M.M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono. Belo Horizonte (MG). **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 205-207, abr, 2007.

RABAHI, M.F. et al. Noncompliance with tuberculosis treatment by patients at a tuberculosis and AIDS reference hospital in midwestern Brazil. **Braz J Infect Dis**, v. 6, n. 2, p. 63-73, 2002.

RIBEIRO, S.A. et al. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **J Pneum**, v. 26, n. 6, p. 291-6, nov./dez, 2000.

SÁ, L.D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 712-8, out.-dez, 2007.

SCHLUGER, N. et al. Comprehensive tuberculosis control for patients at high risk for noncompliance. **Am J Respir Crit Care Med.**, v. 151, n. 5, n. 1486-90, 1995.

SOUZA, K.M.J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n. R. Interd. v. 8, n. 3, p. 169-179, jul. ago. set. 2015

4, p. 904-11, dez. 2010.

TROSTLE, J.A. Medical compliance as an ideology. **Soc Sci Med**, v. 27, n. 12, p. 1299-1308, 1988.

WHO - World Health Organization. **Global Tuberculosis Control 2011: WHO report 2011.** Geneva: WHO; 2011.

WHO - World Health Organization. **Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing.** WHO Report 2002. Geneva, Switzerland, WHO/CDS/TB/2002.

WHO - World Health Organization. **TB a global emergency.** Geneva: WHO; 1994. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_TB_94.177.pdf>.

Submissão: 11/04/2015

Aprovação: 08/06/2015