

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

TUBERCULOSE PULMONAR:
estudo do abandono do tratamento na visão de profissionais de saúde de Belo Horizonte, MG.



Painel “Tratamento da Tuberculose”
Poty Lazarotto

por

Ana Paula Barbosa Wendling

Belo Horizonte

Agosto / 2011

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

TUBERCULOSE PULMONAR:
estudo do abandono do tratamento na visão de profissionais de saúde de Belo Horizonte, MG.

por

Ana Paula Barbosa Wendling

Tese apresentada com vistas à obtenção do
Título de Doutor(a) em Ciências na área de
concentração de Saúde Coletiva.

Orientação: Virgínia Torres Schall
Co-orientação: Celina Maria Modena

Belo Horizonte
Agosto / 2011

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

W471t Wendling, Ana Paula Barbosa.
2011

Tuberculose Pulmonar: estudo do abandono do tratamento na visão de profissionais de saúde de Belo Horizonte, MG / Ana Paula Barbosa Wendling. – Belo Horizonte, 2011.

XIII, 88 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 88 - 95

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor(a) em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Tuberculose Pulmonar/psicologia 2. Pacientes Desistentes do Tratamento/psicologia 3. Relações Profissional-Paciente/ética I. Título. II. Schall, Virgínia Torres (Orientação) III. Modena, Celina Maria (Co-orientação).

CDD – 22. ed. – 616.995

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

TUBERCULOSE PULMONAR:
estudo do abandono do tratamento na visão de profissionais de saúde de Belo Horizonte, MG.

por

Ana Paula Barbosa Wendling

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Vrigínia Torres Schall (Presidente)

Profa. Dra. Celina Maria Modena

Profa. Dra. Betânia Diniz Gonçalves

Profa. Dra. Josélia Firmo

Prof. Dr. Edson Perini

Prof. Dr. Estélio Gomberg

Suplentes:

Profa. Dra. Maria José Nogueira

Prof. Dr. Martin Joahannes Enk

Tese defendida e aprovada em 19/08/2011

DEDICATÓRIA

À minha mãe, incentivadora de plantão.
Ao meu pai, porque sei que muito se orgulha.
À minha irmã, por sempre torcer pelo meu sucesso.

Minha família é meu refúgio, meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR) pelo apoio financeiro para realização das pesquisas deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço à Deus, por me permitir trilhar este caminho. Passei alguns momentos difíceis, mas Ele nunca me desamparou, sempre abriu uma janela.

À Dra. Virgínia Schall por ter me recebido em seu laboratório de portas abertas. Acredite, não tenho palavras para te agradecer. Você é uma dessas janelas que Deus abriu para mim, e todos os dias eu agradeço por isso. Obrigada pela orientação deste trabalho, pelos ensinamentos profissionais e pessoais. Meus sinceros agradecimentos.

À Dra. Celina Maria Modena por também ter me acolhido com tanto carinho e ter me aceitado como co-orientadora. Obrigada por toda ajuda, pelas correções, pelas palavras e pelos valiosos ensinamentos. Muito obrigada.

À Aline Sodré por sempre estar disponível para me socorrer nos momentos de aperto. Eu sempre te falo: você é boa demais para mim! Sua ajuda foi fundamental. Obrigada pela amizade sincera que temos.

À Viviane Helena de França, que também vive este momento, por compartilhar comigo todas as etapas do processo.

À amiga Lidiane Bento Braga por sempre me incentivar e estimular nas nossas conversas. Obrigada por me ouvir e sempre ter uma palavra sábia para me oferecer.

À amiga Simone Pinheiro, presente especial que Deus colocou no meu caminho. Amiga, obrigada pela torcida enorme, por acreditar em mim e por compartilhar comigo as alegrias e o período não tão bom que passamos.

À amiga Fernanda Estanislau por me ensinar que quando queremos podemos mudar de atitude. Você é um belo exemplo de atitude, foco e determinação somados com carinho, doçura e alegria. Você também é um presente de Deus para mim.

Aos amigos do Laboratório de Educação e Saúde e Ambiente (LaESA): Héilton, Cecília, Maria, Samuel, Mariana, Isabela, Camila, Alberto, Suellen, Giselle, Renata, Cláudia, Valéria, Carina pela torcida, amizade e pelo agradável convívio.

Aos colegas da pós-graduação: Leonardo, Bernardo, Adryene e Viviane pela amizade, companheirismo e desabafos.

Agradeço em especial a todos os pacientes, enfermeiras e gerentes que concordaram em participar deste trabalho. Sem vocês nada seria possível.

À minha mãe, que sempre lutou por suas filhas. Agradeço pela dedicação, pela torcida, pelo incentivo e pelo amor incondicional. Seu apoio e cobranças foram fundamentais neste processo.

Ao meu pai, pois apesar do seu jeito de poucas palavras sei que deseja o melhor para mim.

À minha querida irmã Fernanda, por estar sempre comigo dividindo as alegrias e angústias da vida. Obrigada pelo carinho e por me acolher sempre que preciso. Este agradecimento é extensivo ao Rodrigo pela convivência agradável e harmoniosa, sempre incentivando e torcendo por mim.

Ao Marcos, pela ajuda na transcrição das fitas, pelo incentivo e apoio.

À minha família e amigos por estarem sempre na torcida, me incentivando e torcendo pelo meu crescimento profissional.

À Biblioteca do CPqRR em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta tese, também pela catalogação e normalização da mesma.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou (FIOCRUZ), na pessoa do coordenador, Dr. Paulo Filemon Paolucci Pimenta.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou (FIOCRUZ), na pessoa do seu diretor Dr. Rodrigo Corrêa Oliveira.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xi
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1 APRESENTAÇÃO.....	14
2 INTRODUÇÃO.....	17
2.1 Definindo a Doença.....	18
2.2 Aspectos Epidemiológicos.....	19
2.3 Tratamento.....	25
2.4 Questão do Abandono.....	28
3 JUSTIFICATIVA.....	34
4 OBJETIVOS.....	38
4.1 Objetivo Geral.....	39
4.2 Objetivos Específicos.....	39
5 METODOLOGIA.....	40
5.1 Referencial Teórico- Metodológico.....	41
5.2 População de Estudo.....	44
5.3 Área de Estudo.....	45
5.4 Métodos e Instrumentos.....	46
5.5 Coleta dos Dados.....	47
5.6 Análise dos Dados.....	48
6 RESULTADOS.....	50
6.1 Características dos Entrevistados.....	51
6.2 Artigos submetidos para publicação.....	53
Artigo submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem.....	53
Artigo aceito pela Revista Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará....	68
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
9 APÊNDICES.....	96
Apêndice A: Roteiro Semi-Estruturado.....	97
Apêndice B: Caracterização Profissional	99
Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	100

LISTA DE FIGURAS

Figura da capa: Painel “Tratamento da Tuberculose” Poty Lazarotto.....	I
Figura 1: Save a million lives by 2015.....	20
Figura 2: Incidência de Tuberculose no Brasil em 2004.....	22
Figura 3: Incidência Média da Tuberculose na Região Metropolitana de Belo Horizonte e em Belo Horizonte em 1991, 1996, 2000 e 2006.....	23
Figura 4: Distritos Sanitários de Belo Horizonte – MG.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Incidência da Tuberculose, número de casos novos e taxa de mortalidade em Minas Gerais nos anos 2005 a 2010.....	23
Tabela 2: Incidência de tuberculose em Belo Horizonte 2001 a 2007.....	25
Tabela 3: Relação dos Pseudônimos por Centro de Saúde e Regional	51
Tabela 4: Caracterização Profissional (Gerente e Enfermeiro).....	51

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BH - Belo Horizonte

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CPqRR - Centro de Pesquisas René Rachou

DOTS - Tratamento diretamente observado/supervisionado

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GEREP - Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia

MG - Minas Gerais

MI dengue – Monitoramento Inteligente da Dengue

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TIC's - Tecnologias de Informação e Comunicação

RESUMO

A tuberculose é um importante problema de saúde pública no que se refere à mortalidade e morbidade do mundo. O Brasil é o décimo quinto país em número de casos entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Apesar de todas as ações governamentais para o combate da doença como medicações gratuitas, orientações aos pacientes e a implantação do tratamento supervisionado, ocorre uma alta incidência de abandono do tratamento, o que torna desfavoráveis os índices atuais do quadro epidemiológico de tuberculose no país. Assim, atualmente, a tuberculose é considerada o mais significativo problema na prática médica em comparação com outros desafios da área. Diversos estudos abordam o problema da adesão e/ou abandono do tratamento e o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). A literatura aponta vários aspectos que contribuem para o abandono, bem como diversos fatores que podem promover uma maior adesão ao tratamento. Contudo, há ainda lacunas relevantes a serem investigadas, uma delas, caracterizada pela ação dos profissionais de saúde e estrutura dos serviços de saúde para o cumprimento do PNCT. Neste contexto, o presente estudo teve por objetivo analisar o abandono do tratamento por pacientes com tuberculose pulmonar na visão de nove gerentes de diferentes Centros de Saúde de três regiões administrativas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, identificadas como locais onde o fenômeno é mais freqüente. Optou-se por um estudo qualitativo através da abordagem da pesquisa estratégica, utilizando-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de investigação. A Análise de Conteúdo, segundo Bardin, possibilitou organizar os relatos dos entrevistados e identificar as categorias mais relevantes e diversas subcategorias, sistematizadas em oito grandes eixos temáticos: (1) organização do Serviço de Saúde em relação ao registro e acompanhamento dos pacientes com tuberculose; (2) o Sistema Único de Saúde (SUS), as equipes de saúde da família e os processos de atendimento e tratamento dos pacientes; (3) o abandono do tratamento; (4) estigma e preconceito em relação à doença e ao paciente; (5) comportamento dos pacientes e de suas famílias em relação à doença; (6) propostas ou perspectivas para solucionar problemas; (7) material educativo e ações de educação em saúde; (8) reflexos das políticas públicas na estruturação do serviço e intercâmbio de experiências. Em geral, as causas do abandono na visão dos gerentes se referem a problemas pessoais dos pacientes, cujo perfil é associado a desestrutura familiar, vícios, complicações psicológicas e dificuldades econômicas. Como agravante são apontados estigmas quanto à doença pelo próprio paciente e nas atitudes de alguns profissionais de saúde e familiares dos mesmos. Com menor importância são também associados como causa do abandono a falta de infraestrutura dos serviços e de alguns especialistas nas equipes multidisciplinares, aspectos dos próprios serviços de saúde. Compreender os motivos do abandono possibilita sugerir e elaborar alternativas para ampliar a adesão e conclusão do tratamento, como políticas públicas específicas, ações de educação em saúde e de mobilização social, de forma que a assistência seja integrada à família e aos profissionais de saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis is a major public health problem with regard to mortality and morbidity in the world. Among the 22 countries responsible for 80% of all cases of tuberculosis worldwide, Brazil ranks at the fifteenth place in number of cases. Despite all government actions to combat the disease, such as free medication, guidelines for patients and supervised treatment plan, incidence of noncompliance remains high, which makes the current epidemiological situation of tuberculosis in the country unfavorable. Therefore actually tuberculosis is considered the most significant problem in medical practice compared to other challenges in the area. Several studies address the issue of treatment abandonment and compliance to the guidelines of the National Tuberculosis Control Program (PNCT). The literature reports several aspects that contribute to the abandonment, as well as various factors that may promote greater adherence to treatment. However, there are still important gaps to be investigated, one of which characterized by the action of health professionals and by health service infrastructure to comply with the PNCT. In this context, the current study aimed to analyze the treatment abandonment of patients with pulmonary tuberculosis in the perception of nine managers from different health centers in three administrative health regions of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, identified as places where the phenomenon is more frequent. A qualitative study based on strategic research using the semi-structured interview as a research tool was carried out. The Content Analysis Technique according to Bardin made it possible to organize the reports of interviewees and to identify the most relevant categories and several subcategories, systematized into eight major themes: (1) organization of the Health Service in relation to registration and monitoring of patients with tuberculosis; (2) the Unified Health System (SUS – Sistema Único de Saúde), the Family Health Teams (named *Estratégia de Saúde da Família*) and the processes of care and treatment of patients, (3) the abandonment of treatment, (4) stigma and prejudice against the disease and the patient, (5) behavior of patients and their families in relation to the disease, (6) proposals of problem solving or perspectives, (7) educational materials and health education activities, (8) reflections about public policy in shaping the service and exchange of experiences. In general, the reasons for treatment abandonment in the perception of managers refer to personal problems of patients, whose profile is associated with family disruption, addiction, economic difficulties and psychological complications. As aggravating factors are also pointed out stigmas about the disease by the proper patients and attitudes of some health professionals and family members of these patients. The lack of infrastructure and absence of some specialists in multidisciplinary teams are also associated as a cause of abandonment, but with minor importance. The understanding of the motives for the abandonment makes it possible to suggest and develop new alternatives to improve treatment adherence and compliance, such as specific public policies, permanent actions of health education and social mobilization, in order to integrate this form of assistance into the family and health professionals' support.

1 APRESENTAÇÃO

Sendo bióloga com mestrado em Patologia Geral pela Universidade Federal de Minas Gerais, ingressei no Centro de Pesquisas René Rachou ainda na Iniciação Científica, no Laboratório de Doença de Chagas, hoje Laboratório de Biomarcadores de Diagnóstico e Monitoração.

Neste laboratório iniciei minha trajetória científica pesquisando sobre o critério de cura da doença de Chagas na Iniciação Científica e no Mestrado, e, posteriormente, sobre o perfil imunológico de pacientes com Tuberculose Pulmonar no Doutorado, o qual redirecionei para outro tipo de estudo, após contato com os pacientes, como descrito a seguir.

O interesse pelo tema aqui proposto surgiu como resultado da minha participação neste projeto que avaliava o perfil imunológico dos pacientes, pois além das atividades laboratoriais, eu também era responsável pela coleta de sangue destes pacientes, o que me levou a ter contato com eles e seus cuidadores.

Nestes momentos pude constatar a realidade de dificuldade e de sofrimento de ambos, pois em sua grande maioria, são pessoas fragilizadas pelo contexto social em que vivem e, alguns, também por outras doenças. Apesar dos pacientes terem iniciado o tratamento, percebi a dificuldade de alguns em dar continuidade e concluir o mesmo. Essa situação já vinha sendo analisada pela literatura da área, encontrando-se questionamentos sobre as causas do abandono do tratamento.

Desta forma, interessei-me em conhecer como o tratamento e o acompanhamento dos pacientes são conduzidos nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, pois desde o lançamento do Plano Emergencial Para o Controle da Tuberculose (1996), o Ministério da Saúde recomendou a implantação do tratamento supervisionado, o que ainda requer estudos mais aprofundados, para compreender a dimensão do problema do paciente e da dinâmica e funcionamento dos serviços de saúde em relação à concretização das diretrizes do Plano.

Esses questionamentos me levaram a buscar na literatura dados sobre as questões relacionadas à tuberculose pulmonar e a sua situação em Belo Horizonte. Ao constatar os relatos e análises sobre o freqüente abandono ou interrupção do tratamento, percebi a necessidade de estudos para compreender tal fenômeno, e essa foi a direção do trabalho aqui apresentado.

Esses questionamentos me levaram a buscar na literatura dados sobre as questões relacionadas à tuberculose pulmonar e a sua situação em Belo Horizonte. Pude

verificar que há poucos trabalhos referentes à Belo Horizonte e nas conversas informais na Secretaria de Saúde do município tive relatos sobre o freqüente abandono ou interrupção do tratamento, percebendo então a necessidade de estudos para compreender tal fenômeno e essa foi a direção do trabalho aqui apresentado.

O planejamento inicial do estudo incluía entrevistas com pacientes e profissionais de saúde. No entanto, houve dificuldades de encontrar os pacientes que abandonaram o tratamento, pois os dados registrados nos Centros de Saúde nem sempre estão atualizados e completos.

Após numerosas tentativas de localizar os endereços, só foi possível encontrar dois, que foram entrevistados. Diante a tal dificuldade e considerando o limite de tempo para concluir o doutorado, redirecionei o estudo para os profissionais de saúde. Conhecer a experiência e percepção dos profissionais de saúde sobre o fenômeno do abandono do tratamento são dados relevantes para o planejamento de futuras ações educativas e de políticas de saúde pública, além do enriquecimento das políticas já existentes.

Para a compreensão do fenômeno do abandono do tratamento, tornou-se necessário focalizar os aspectos epidemiológicos da tuberculose, bem como os socioculturais e biológicos e sua relação com a não adesão. Esse conhecimento permite traçar relações e compreender as percepções, interpretações, reações e dificuldades dos pacientes com tuberculose pulmonar, além da dinâmica dos serviços de saúde em relação à doença, incluindo o diagnóstico, início do tratamento e abandono do mesmo. Com essa determinação, a primeira parte deste trabalho contém uma revisão sobre o tema.

2 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença que acomete a humanidade desde tempos muito remotos. A literatura demonstra que, há milênios a.C. achados arqueológicos já indicam a sua presença (Ritaco, Leão e Palomino, 2007). Ela marcou profundamente a criatividade humana através da música, de pinturas e da literatura, sendo muito utilizada como pano de fundo em diversas obras, pois foi associada com os hábitos boêmios, com o fumo e a bebida. Historicamente, foi considerada como uma doença que vem do “outro”, do comportamento desregrado e amoral, do ar impuro, do local aglomerado e não higiênico. Esses fatos enriqueciam não só o imaginário popular, mas também o dos artistas de diversas áreas, que criaram telas, poemas, músicas, personagens e histórias (Gonçalves, 2001; Pôrto, 2007).

A doença ficou conhecida como a calamidade negligenciada, pois esteve presente como um problema de saúde pública no Brasil durante todo o século XX (Ruffino-Neto, 2001; Ruffino-Neto, 2002).

Embora a tuberculose se caracterize como uma doença com forte componente socioeconômico, que pode acometer diversos órgãos, Antonaccio (2002) a descreve como a doença de um órgão, o pulmão, e de extremos contrastes: palidez e rubor, hiperatividade alternando-se com estados de prostração. O seu curso espasmódico é ilustrado pelo que é visto como o protótipo do sintoma da tuberculose: a tosse. O doente vivencia um interminável ciclo de sinais e sintomas: é atacado por acessos de tosse, cai prostrado, recupera a respiração, respira normalmente e, então, recomeça a tossir sucessivamente. Para além desses aspectos fisiológicos, é preciso considerar as conseqüências psicológicas, familiares e sociais que envolvem o estar com tuberculose.

Estudos constataam que as condições de vida nas comunidades mais carentes favorecem a propagação da tuberculose, pois a disseminação da infecção na população será maior quanto pior forem as condições sócio-econômicas. Desta forma, há uma estreita relação entre tuberculose, nível de vida e condições sociais, declinando normalmente com a elevação do nível de vida e melhoria do ambiente social (Carvalho, 1986). Outro aspecto da doença são os encargos sociais e econômicos que ela acarreta, pois o seu impacto se faz sentir mais forte durante os anos de vida mais produtivos do ser humano, constituindo não só um grave problema de saúde pública, como também um problema familiar e social (Carvalho, 1986).

2.1 Definindo a Doença

A tuberculose é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch, que foi descoberto em 1882 por Robert Koch (Melo e Hajar, 2004).

A doença é caracterizada pela formação de granulomas nos tecidos infectados e por hipersensibilidade mediada por células (Campos *et al.*, 2000), e tem como característica possuir geralmente um processo de latência entre a infecção inicial e a doença franca, proveniente de doença pulmonar, embora outros órgãos possam estar envolvidos (Iseman *et al.*, 1996). Na ausência de tratamento eficaz para a doença ativa, a evolução habitual é crônica e leva a morte (Gutierrez *et al.*, 1991).

O reservatório principal do bacilo é o ser humano, sendo transmitido de pessoa a pessoa, principalmente pela via respiratória através da inalação de gotículas infecciosas contendo o bacilo, que são lançadas por meio da tosse (Pearson *et al.*, 1992). Dessa forma, a infecção de um hospedeiro suscetível ocorre quando esses bacilos são inalados (Daniel, 1992).

A doença possui três formas clínicas: a tuberculose primária, normalmente assintomática; tuberculose reativada e tuberculose extrapulmonar. Os sintomas mais observados nos pacientes são: febre, emagrecimento, tosse contínua ou por acesso, seca ou acompanhada de expectoração, dores torácicas e hemoptise (Vendramini, 2001). Entretanto, a sintomatologia tende a ser insidiosa e de intensidade crescente, podendo apresentar períodos de remissão e relativo bem estar (Melo e Hajar, 2004).

Alguns fatores que debilitam o estado imunológico do organismo podem agravar a evolução da tuberculose, como o alcoolismo, a desnutrição e a Aids (Coetzee *et al.*, 1998; Gonçalves *et al.*, 1999) e podem levar ao óbito mais rapidamente, como observado por Rezende (2003).

O diagnóstico deve ser sempre precedido pelo exame físico e anamnese, e a radiografia de tórax pode auxiliar no diagnóstico na maioria dos casos. A baciloscopia direta do escarro é o diagnóstico laboratorial prioritário, pois permite descobrir o paciente bacilífero (paciente que elimina bacilos) (Brasil, 1997; Ministério da Saúde, 2007).

2.2 Aspectos Epidemiológicos

A tuberculose tem acompanhado o ser humano na sua história evolutiva. Há conhecimento de sua ocorrência em épocas pré-históricas, cerca de 2.000 anos a.C. e ainda está presente no panorama mundial, sendo a doença mais comum da humanidade. Em 1993 a

Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que a tuberculose é uma emergência global (WHO, 2006).

Ela é um importante problema de saúde pública no que se refere à mortalidade e morbidade do mundo, sendo responsável pela morte de 1,7 milhões de pessoas em 2009, incluindo 380.000 pessoas com HIV, o equivalente a 4.700 mortes por dia (www.who.int/tb/en/index.html, acessado em 30/06/2011).

Quase uma em cada quatro mortes entre pessoas que vivem com HIV foi devida à tuberculose. Por isso, um novo modelo epidemiológico desenvolvido pela OMS e pela Stop TB Partnership para reduzir a mortalidade por tuberculose, estima que é possível salvar um milhão de vidas até 2015 através da prevenção e do tratamento das pessoas HIV positivas, como mostra a figura 1¹. (http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/TB_HIV_Brochure_Singles.pdf, acessado em 30/06/11).

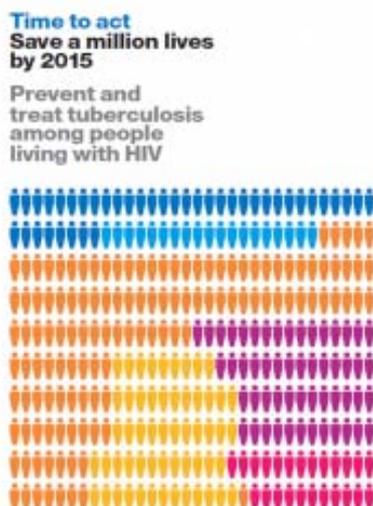


Figura 1: Save a million lives by 2015.

Fonte: www.who.int/tb/en/index.html

Ainda segundo estimativas da OMS, em 2009 a prevalência da doença foi de 14 milhões de casos, com incidência de 9,4 milhões de casos novos (www.who.int/tb/en/index.html, acessado em 30/09/2011).

Um terço da população mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis* e grande proporção dela poderá desenvolver e transmitir a doença para a comunidade (WHO, 2008). A OMS estimou, em 1990, que ocorreria oito milhões de novos casos e três milhões de mortes devidas à doença por ano (WHO, 1991). Segundo Dye *et al.* (1999), cerca de 12

¹ As cores representam as ações para salvar um milhão de vidas em 2015: Melhorar o tratamento nas clínicas (tons de azul); Melhorar o diagnóstico e testes (laranja e amarelo) e Melhorar os esforços de prevenção (tons de rosa).

milhões de casos são relatados por ano, com estimativa de 30 milhões de mortes entre 1994 e 2004.

De acordo com as estimativas de Palomino, Leão e Ritacco (2007), em 2004 houve 14,6 milhões (229/100.000) de casos prevalentes, 8,9 milhões (140/100.000) de casos novos e 1,7 milhões (27/100.000) de óbitos no mundo. Em 2006 estima-se que tenha ocorrido 9,2 milhões (139/100.000) de casos de tuberculose no mundo, e que a doença tenha matado 1,7 milhões de pessoas (WHO, 2008).

O Brasil é o décimo quinto país em número de casos entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo, apresentando aproximadamente 116.000 casos novos por ano com uma incidência estimada de 62/100.000 habitantes e 4,5 mil mortes por ano. Efetivamente, foram diagnosticados entre 80 e 90 mil casos novos, por ano, nos últimos 10 anos. Outros 15 mil casos de retratamento, por recidiva ou reingresso após abandono, são notificados, a cada ano (Hijjar *et al.*, 2001; Hijjar *et al.*, 2005; Ministério da Saúde, 2006^b; DEVEP/SVS/MS, s.d., acesso em 28/04/2010).

Em 1990, segundo a Coordenação de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde, entre 35-45 milhões de habitantes estavam infectados pelo bacilo, sendo esperados 100.000 novos casos e cerca de 4.000 a 5.000 mortes pela doença (Brasil, 1993).

Em 1995 a taxa de incidência foi de 58,6/100.000 habitantes (Kritski e Ruffino-Netto, 2000).

No ano 2000 foram notificados 82.249 casos novos, sendo 38.690 no sudeste, 23.196 no nordeste, 9.281 no sul, 5.901 no norte e 3.522 no centro-oeste. O coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar foi de 29,2/100.000 habitantes. Observado por região, tem-se que os mais altos estão no sudeste (37,7/100.000) e no nordeste (29,9/100.000) (Hijjar *et al.*, 2001).

Em 2001, segundo Paixão e Gontijo (2007), a taxa de incidência no país foi de 46,5/100.000 habitantes.

No período de 2000 a 2003, houve um acréscimo gradual de casos novos de tuberculose, possivelmente em razão da melhora de detecção e do incremento das ações de vigilância nos últimos dois anos. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde detectou 81.053 casos novos de tuberculose em 2003. Estima-se uma subnotificação de 20 a 30%, o que elevaria a incidência para cerca de 100 mil casos novos/ano (Ministério da Saúde, 2006).

Em 2004 foram notificados 81.485 novos casos de tuberculose, de todas as formas, sendo 43.310 pulmonares, com confirmação bacteriológica. Isto corresponde a coeficientes de incidência de 45,5/100.000 habitantes e 24,2/100.000, respectivamente (Hijjar *et al.*, 2005).

A incidência no ano de 2004 pode ser visualizada na figura 2.

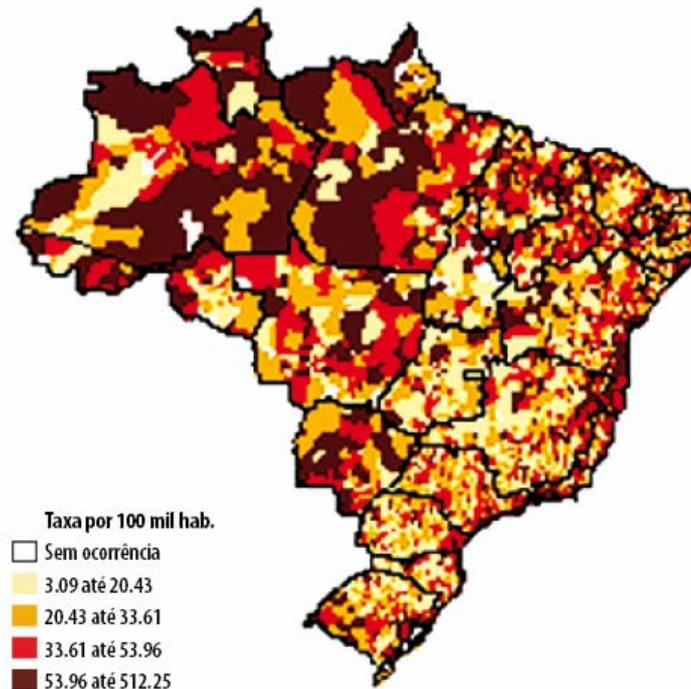


Figura 2: Incidência de Tuberculose no Brasil em 2004.

Fonte: Ministério da Saúde - Painel de Indicadores do SUS, 2006.

Segundo dados do SINAN, o número total de casos registrados em 2005 foi de 87.233. Com taxa de incidência de 41,9 por 100.000. Dentre eles, 88,4% (77.120) eram casos novos de todas as formas e, desses, 85,6% (66,083,) eram pulmonares e 63,7% (42,093) pulmonares com baciloscopia positiva (Ministério da Saúde, 2006^b).

No ano de 2008, foram notificados 68.147 casos novos (incidência de 35,59/100.000 habitantes), dos quais 56.172 foram formas pulmonares bacilíferas (incidência de 29,33/100.000 habitantes) e 9.712 extrapulmonares (incidência de 5,07/100.000 habitantes) (Ministério da Saúde, 2007). Em 2010 foram notificados 71.000 casos (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_padrao_pnct_2011.pdf, acessado 05/06/2011).

Considerando o coeficiente de mortalidade, em 1998, o sistema de informação de mortalidade registrou no Brasil, 6.029 mortes por tuberculose: 3.107 no sudeste, 1.688 no nordeste, 653 no sul, 313 no norte e 268 no centro-oeste. A tendência da mortalidade foi declinante na década de 1970 e meados da de 1980, estabilizando-se até os dias atuais. O coeficiente de mortalidade em 1998 foi de 3,7/100.000 habitantes (Hijjar *et al.*, 2001).

De 1980 a 2003, houve uma redução de 29% nos óbitos por tuberculose em todas as suas formas, com diminuição dos óbitos entre crianças e adultos até 39 anos, estabilidade na faixa de 40 a 59 anos e grande aumento após os 60 anos de idade (Ministério da Saúde, 2006).

O Estado de Minas Gerais apresentou taxa de incidência de 34,6/100.000 habitantes em 2001 (Paixão e Gontijo, 2007). Nos anos posteriores o número de casos confirmados (todas as formas) foi de 5.377 em 2002; 5.293 em 2003; 5.420 em 2004 e 4.909 em 2005 (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tuberculose_2006.pdf, acesso 03/08/2008).

A incidência da tuberculose (por 100 mil habitantes), o número de casos novos e a taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) em Minas Gerais nos anos 2005 a 2010 podem ser vistos na tabela 1.

Tabela 1: Incidência da tuberculose, número de casos novos e taxa de mortalidade em Minas Gerais nos anos 2005 a 2010.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Taxa de Incidência	26,22	24,08	23,77	22,91	21,20	19,73
Número Casos Novos	5.044	4.691	4.687	4.547	4.247	3.781
Taxa de Mortalidade	1,7	1,5	1,5	1,5	1,5	--

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_incidencia_05_04_11.pdf / http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos_novos_tb_1990_2008_21_03_2011.pdf / http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_mortalidade_05_04_11.pdf, acessado em 05/06/2011.

Em um estudo de avaliação da incidência da tuberculose na região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), Teixeira (2008) observou as seguintes incidências médias por ano (por 100 mil habitantes) de tuberculose (Figura 3).

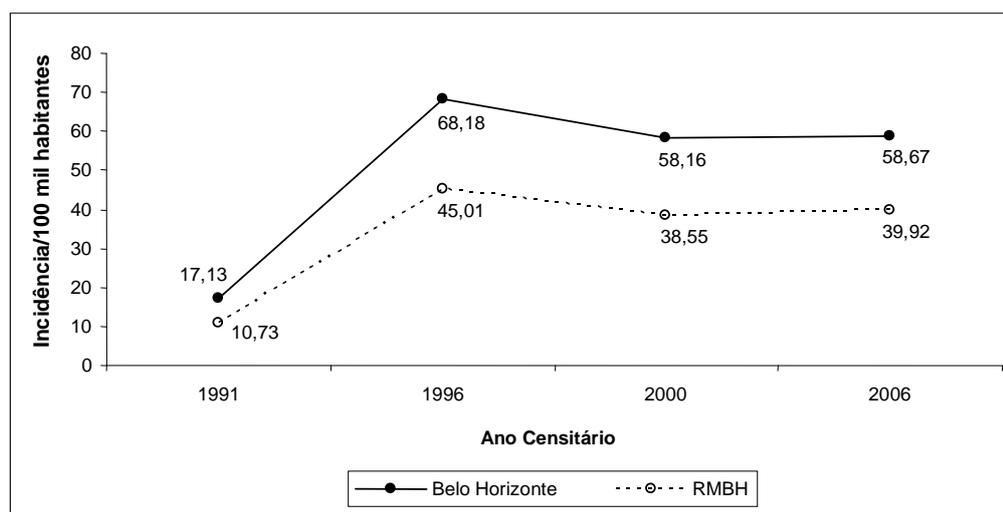


Figura 3: Incidência Média da Tuberculose na Região Metropolitana de Belo Horizonte e em Belo Horizonte em 1991, 1996, 2000 e 2006.

Fonte: Teixeira, 2008.

A autora ressalta que o município de Belo Horizonte, a partir de 1996, apresentou certa regularidade na notificação dos casos. As elevadas taxas registradas em 1996 em relação às taxas de 1991 retratam a situação de descaso dos governos pelo controle da doença, uma vez que, em 1990, houve a extinção do programa da tuberculose, o que explicaria uma possível subnotificação em 1991. Com a extinção deste programa, os profissionais de saúde não tinham um protocolo para seguir, o que impactou de forma negativa o diagnóstico e o tratamento da doença, e conseqüentemente a vida dos pacientes e seus familiares. Ainda, a expressiva notificação de casos em 1996 pode ser entendida como uma resposta positiva ao Plano Emergencial para combate à tuberculose, implantado pelo Ministério da Saúde em 1994. Desta forma, é provável que os tratamentos em curso no ano de 1996, mesmo que diagnosticados anteriormente, tenham sido notificados neste ano.

Considerando o total de casos de tuberculose da RMBH, a capital acumulou 88,27% dos casos em 1991; 78,65 em 1996; 74,87 em 2000 e 68,75 em 2006, o que indica uma queda do número de casos em Belo Horizonte.

Avaliando o município de Belo Horizonte, outro dado importante observado pela autora foi a taxa de incidência média de 59,88/100 mil habitantes para a faixa etária de 20-29 anos, e de 77,68/100 mil habitantes para a faixa etária de 30-39 anos. Nos extratos que se seguem aos 40 anos ou mais de idade, observou-se uma incidência elevada, com oscilação a partir dos 60 anos de idade.

Em 2000, a incidência da tuberculose/100 mil habitantes em Belo Horizonte foi de 58,16 sendo 80,49 para o sexo masculino e de 38,19 para o sexo feminino.

Segundo Paixão e Gontijo (2007), Belo Horizonte apresentou taxa de incidência de 53,2/100.000 habitantes em 2001. Ao descrever o perfil de casos de tuberculose notificados na Regional Oeste de Belo Horizonte, em 2001-2002, observou-se 178 casos confirmados, incidência de 56,5/100.00 habitantes com predomínio da forma pulmonar (76,4%) e 72,5% de bacilíferos. Ainda, verificou-se 65,2% de cura, 12,4% de abandono do tratamento e 9,6% de óbitos.

A incidência da tuberculose em Belo Horizonte nos anos 2001 a 2007 pode ser vista na tabela 2 (Paixão, 2008²).

² Paixão, LMM. 2008. Tabela fornecida pela profissional da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Tabela 2: Incidência da tuberculose em Belo Horizonte 2001 a 2007.

Ano Diagnóstico	Casos Novos	População BH	Incidência por 100.000 habitantes	Todos os casos de tuberculose residentes
2001	1036	2.258.856	45,86	1.152
2002	1152	2.284.469	50,43	1.316
2003	1045	2.305.813	45,32	1.198
2004	1030	2.327.049	44,26	1.206
2005	946	2.375.330	39,83	1.111
2006	790	2.399.920	32,92	944
2007	821	2.424.295	33,87	999

Fonte: SINAN-MS/Gerência de Epidemiologia e Informação-SMSA-PBH.

Uma questão muito importante e que deve ser considerada, é o fantasma da subnotificação, pois todos falam da sua existência, mas não se tem como registrá-la. De acordo com os resultados encontrados por Teixeira (2008) ao analisar a incidência de tuberculose na RMBH, embora não se refira à subnotificação, o fenômeno pode ser inferido pelo aumento significativo da incidência da tuberculose na região após as medidas de vigilância implantadas, como por exemplo, a observação direta da tomada do remédio para tuberculose. Entretanto, não foi detectada subnotificação, da mesma forma como no estudo de Paixão e Gontijo (2007),

Estes números mostram que a tuberculose ainda continua sendo um importante problema de saúde no mundo e no Brasil. Caso a gravidade deste quadro não se reverta, teme-se que, até 2020, um bilhão de pessoas sejam infectadas, 200 milhões adoçam e 35 milhões possam morrer (Hijjar *et al.*, 2001).

2.3 Tratamento

Apesar do início dos estudos acerca do tratamento da tuberculose datar do século XIX, o processo de tratamento seguiu lento até quase metade do século XX. Pela ausência de medicamentos eficientes, os indivíduos doentes morriam e os que se curavam não mais poderiam levar uma vida normal (Rosemberg, 1999).

Sabe-se que as primeiras tentativas de tratamento ocorreram nos sanatórios, o que, embora fosse uma forma de esperança de cura, era também, de isolamento. O tratamento se baseava no tripé: clima, repouso e superalimentação, e a mortalidade era de 50 a 60% (Brasil, 2002).

Com a descoberta dos antibióticos em 1945, o quadro modificou-se bastante pelo uso da estreptomicina, passando de uma doença incurável para curável. Apesar de ocasionar

inicialmente uma queda acentuada dos índices de mortalidade da doença, o uso da monoterapia originou a seleção de bacilos resistentes à estreptomicina (Gonçalves, 2007).

A partir dos anos de 1960 foi possível assegurar cura para a maior parte dos doentes que cumpriam o esquema terapêutico corretamente. A tuberculose passou a ser uma doença controlável em ambulatório, e, em 1973, o esquema terapêutico foi reduzido de 18 meses para 12 meses de tratamento (Ruffino-Netto, 2002).

Atualmente, o tratamento da tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial, supervisionado, no serviço de saúde mais próximo, na residência ou no trabalho do doente. Antes de iniciar a quimioterapia, é necessário orientar o paciente quanto ao tratamento. Para isso, deve-se explicar em linguagem acessível, sobre as características da doença e o esquema de tratamento que será seguido – drogas, duração, benefícios do uso regular da medicação, conseqüências advindas do abandono do tratamento e possíveis efeitos adversos dos medicamentos (Brasil, 2005).

O esquema terapêutico utilizado é de curta duração, com tratamento de seis meses, e a terapêutica combina várias drogas, uma vez que o bacilo apresenta constantes mutações. O esquema inicial inclui a associação de três drogas abrangendo a Rifampicina, Hidrazida e Pirazinamida durante dois meses, seguidos do terceiro ao sexto mês com Rifampicina e Hidrazida (Brasil, 1997).

Em 2010 o Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde divulgou modificações no sistema do tratamento a ser implementado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Essa mudança consiste na introdução do Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva do tratamento (dois primeiros meses) do esquema citado acima, e na apresentação em comprimidos com dose fixa combinada dos quatro fármacos (4 em 1) para a fase intensiva do tratamento (Ministério da Saúde, 2010).

A quimioterapia diminui drasticamente a mortalidade, reduz o período de transmissibilidade e, quando usada profilaticamente, previne o adoecimento, constituindo assim a ferramenta mais importante no controle da doença (Melo e Hajar, 2004).

O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção. A associação medicamentosa adequada, as doses corretas, e o uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando, assim, a cura do paciente (Ministério da Saúde, 2007).

Apesar dos fatores acima citados serem importantes para a cura, as variáveis relativas à vida dos pacientes não podem ser esquecidas, pois a sua alimentação, o apoio da família e o

seu modo de vida também são fatores que influenciam na resposta do tratamento. Além desses aspectos, a valorização do doente pela equipe de saúde, através do estabelecimento do vínculo, também favorece o processo terapêutico (Souza *et al.*, 2010).

Fornecido gratuitamente pelo Estado, o tratamento da tuberculose ainda é longo, e o seu abandono e a irregularidade na ingestão dos medicamentos são observados frequentemente entre os doentes, o que favorece o aparecimento de cepas resistentes e dificulta o controle da doença.

Para tentar reverter este quadro, foi recomendada pela Organização Mundial da Saúde a implantação do tratamento diretamente observado/supervisionado de curta duração (DOTS), que é essencial para se promover o real e efetivo controle da tuberculose. Define-se como uma estratégia que tem como principal sustentáculo a observação direta da tomada de medicamento para tuberculose com pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana, até o seu final (Brasil, 2005).

Além disso, o DOTS visa ao aumento da adesão dos pacientes, a maior descoberta das fontes de infecção (pacientes pulmonares bacilíferos) e ao aumento da cura, reduzindo-se o risco de transmissão da doença na comunidade (Brasil, 2005).

Esta estratégia contínua é uma das prioridades para que o PNCT, do Ministério da Saúde, atinja a meta de curar pelo menos 85% dos doentes, diminuir a taxa de abandono do tratamento para menos de 5%, evitar o surgimento de bacilos resistentes e possibilitar um efetivo controle da tuberculose no país (Ministério da Saúde – PNCT).

Apenas a utilização do DOTS não garante a eficácia do tratamento, pois existem outros fatores (em ordem decrescente de importância) que influenciam sua resposta, como a regularidade no uso dos medicamentos e a eficácia do esquema. Outros fatores como a gravidade da doença, repouso, cuidados de enfermagem, traços psicológicos e dieta teriam papel menos relevante (Brasil, 2002).

Muitos estudos desenvolvidos em diferentes realidades, inclusive no Brasil, demonstraram consistentemente que a adesão ao tratamento, aí incluídos a regularidade com as tomadas dos medicamentos, a completude do regime prescrito, e o comparecimento regular às consultas médicas, é o fator chave para o sucesso de qualquer regime (Brasil, 2002).

No entanto, é justamente a pouca valorização do contexto sócio-cultural do doente associado à precariedade dos vínculos com os profissionais de saúde que motivam a interrupção do tratamento, comprometendo a cura.

Assim, apesar dos avanços tecnológicos ocorridos que promoveram mudanças significativas no tratamento, na cura, e conseqüentemente na representação social da doença, a tuberculose ainda persiste como problema de saúde pública global (Souza *et al.*, 2010).

2.4 Questão do Abandono

Atualmente já se dispõe de muitos conhecimentos relacionados a fatores imunológicos, patológicos, clínicos, terapêuticos, bacteriológicos e psicossociais da tuberculose. Existem também diversos recursos técnicos e científicos disponíveis para o seu diagnóstico, tratamento e profilaxia. Entretanto, apesar de todo esse desenvolvimento, uma questão continua ainda sem solução: o problema da não adesão e/ou abandono do tratamento.

O abandono do tratamento pelos pacientes foi identificado após a implementação do esquema terapêutico-medicamentoso e constitui, ainda hoje, um dos maiores desafios para o serviço de saúde. Desta forma, a não adesão ao tratamento é apontada como uma das graves falhas no PNCT e tem como consequência o aumento da incidência de mortalidade e de tuberculose multirresistente (WHO, 1997).

No Brasil, o abandono do tratamento é considerado quando o doente deixa de comparecer ao serviço de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data estabelecida para o seu retorno (Brasil, 1998). No tratamento supervisionado, o prazo é de 30 dias contados a partir da última tomada da droga (Ministério da Saúde, 2000).

Desta forma, nesta pesquisa, utilizou-se como referencial a adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar, que é definida quando o paciente tomou a medicação prescrita pelo médico de forma correta durante os seis meses de tratamento e compareceu aos retornos nas datas estabelecidas.

Estudos feitos há 10 anos ou mais no Brasil indicam que a taxa de abandono é de 12% e ocorre muitas vezes após três a quatro meses de tratamento, quase sempre de forma irregular (Perini, 1998; Gonçalves *et al.*, 1999; Oliveira e Moreira, 2000). Em alguns estados o abandono chega a mais de 25%, ou seja, de cada 100 pessoas que iniciam o tratamento, 25 o abandonam (Brasil, 2001). Nestes casos o abandono se deve provavelmente a melhora transitória que os pacientes sentem após o início da tomada da medicação.

O abandono do tratamento é um fator que favorece a resistência do bacilo e o aparecimento da tuberculose multirresistente. O indivíduo permanece como reservatório da doença e contribui para o aumento da prevalência, como também transmite a outros indivíduos bacilos com as mesmas características de resistência, mantendo a cadeia de contágio (Carvalho, 1986). Ainda, onera os tratamentos que o indivíduo terá que recomeçar e dificulta o controle da doença.

Várias pesquisas têm sido desenvolvidas com o intuito de entender a respeito do modo de viver e de pensar dos doentes e a sua compreensão e de seus familiares sobre os fatores que podem interferir na adesão ou não tratamento.

A literatura demonstra que vários fatores influenciam a não adesão ao tratamento, como: melhora dos sintomas, fazendo com que os pacientes acreditem que não estejam mais doentes (Carvalho, 1986; Gonçalves, 1999); a maneira como o indivíduo percebe seu corpo; variáveis demográficas e socioeconômicas como idade, sexo, raça, ocupação, estado civil, renda e educação (Barnhoorn e Adrianse, 1992). A interação entre médicos (equipe de saúde) e pacientes tem sido identificada como importante, tanto para os que interrompem, como para os que não concluem o tratamento da tuberculose, bem como a capacitação e qualificação dos profissionais de saúde (Hayes e Bautista, 1976; Monroe *et al.*, 2008; Gomes e Sá, 2009; Souza *et al.*, 2010).

Observa-se que os pacientes que não confiam no sistema e nos médicos são propensos a não aderirem ao regime medicamentoso (Hulka, Kupper, Cassel e Eford, 1975). Outras variáveis associadas ao abandono são: o efeito das drogas, as reações ao tratamento e a falta de vínculo com o profissional da saúde (Perini, 1998, Gonçalves *et al.*, 1999; Liefouche *et al.*, 1995; Souza *et al.*, 2010); a cultura, o conhecimento e as crenças sobre o tratamento (Barnhoorn e Adrianse, 1992), compreender tais determinantes pode permitir uma melhor percepção da eficácia do tratamento pelo paciente.

Neste contexto, Mendes (1998) citado por Teixeira (2008) esclarece que o problema do abandono de tratamento da tuberculose deve ser atribuído a um conjunto de fatores de ordem sócio-econômica e cultural e de representação sobre a saúde, a doença e o corpo, e não apenas à falta de informações e orientações do paciente sobre a doença.

Considerando os trabalhos que tratam sobre o tema proposto, verifica-se que alguns focam nas características dos pacientes, outros nos serviços de saúde ou na relação entre eles.

Em diversos estudos foram consideradas a participação familiar e a situação de solteiro ou de separado como importantes fatores para a não adesão ao tratamento da tuberculose (Perini, 1998; Gonçalves *et al.*, 1999; Oliveira e Moreira, 2000).

No Rio Grande do Sul, Gonçalves *et al.* (1999) realizaram um estudo etnográfico a partir da perspectiva do paciente e consideraram a participação familiar importante fator para a adesão ao tratamento. Observaram ainda que as situações de solteiro ou separado são variáveis que contribuem para que homens e mulheres abandonem o programa. O estudo destaca que as características sociais imputadas ao gênero estão por trás de uma série de comportamentos que afetam diretamente a forma como os pacientes lidam com seu tratamento, seu corpo, com a sua doença e o convívio social.

Um estudo randomizado desenvolvido em população urbana de duas grandes cidades brasileiras, ao final da década de 1990, revelou um conjunto de atributos que, se somados, representam uma probabilidade acima de 50% de abandonar o tratamento. São elas: sexo

masculino, etnia não branca, situação sócio econômica (classes D e E), com doença pulmonar grave e uso de drogas. Este estudo mostrou também que o fato de o paciente ter uma comorbidade que o faça frequentar com regularidade os serviços de saúde para controle e recebimento de medicação parece contribuir para aumentar a adesão ao tratamento da tuberculose (Brasil, 2002).

De acordo com os resultados de diversos estudos terapêuticos, outros fatores que aumentam a adesão ao tratamento e reduzem o abandono são: o tratamento supervisionado, sob qualquer modalidade e a melhor organização do serviço e a qualidade da assistência (Brasil, 2002). O nível de informação sobre a doença e o interesse em se tratar também são fatores de proteção e a escolaridade parece não constituir fator de risco para o abandono do tratamento (Ferrer *et al.*, 1991; Albuquerque *et al.*, 2001).

A literatura (Mejia e González, 1995; Perini, 1998; Caldas e Queiroz, 2000) é consistente em relação à informação ser considerada importante fator para a adesão ao tratamento e que o desconhecimento da possibilidade de cura pode incentivar o abandono (Dick e Lombard, 1997). Entretanto, mesmo quando as informações são repassadas, o processo de transmissão e incorporação do conhecimento nem sempre é satisfatório e eficiente para a totalidade dos pacientes (Perini, 1998) e não garante mudanças comportamentais (Khan *et al.*, 2000).

A influência das condições socioeconômicas no adoecimento e no abandono do tratamento da tuberculose é conhecida (Paixão e Gontijo, 2007). Tanto o emprego (Ferrer *et al.*, 1991; Gonçalves *et al.*, 1999) quanto o desemprego aparecem como motivos de abandono; o primeiro por medo de perdê-lo e o segundo pela priorização da subsistência, que leva ao adiamento da procura para atendimento médico.

Há registros de que pacientes em retratamento o abandonam com maior frequência do que os casos novos (Albuquerque *et al.*, 2001).

No estudo de Paixão e Gontijo (2007) o estresse, causado pela morte ou doença na família e perda de emprego ou renda, não se mostrou como um fator importante para o abandono do tratamento. Por outro lado, estudos qualitativos mostram que essas tensões no contexto sociocultural se agravam com o diagnóstico de uma doença ameaçadora (Perini, 1998).

O abandono do tratamento não é uma questão isolada e, além das causas do próprio indivíduo, existem outras que estão intimamente ligadas à relação mantida com a equipe de saúde e as orientações que o indivíduo recebe no decorrer do tratamento (Carvalho, 1986; Monroe *et al.*, 2008; Gomes e Sá, 2009; Souza *et al.*, 2010).

Neste sentido, Rouillon (1972) e Monroe *et al.* (2008) constataram em seus estudos que a falta de respeito, cortesia, boa vontade e interesse dos profissionais de saúde pela cura do doente, além da não humanização no atendimento aos doentes influenciam no seu comportamento, fato também observado por Martinez *et al.* (1981), ao constatarem a inadequada identificação entre o grupo familiar e a equipe médica, além da difícil comunicação entre a equipe e o paciente (Gomes e Sá, 2009; Souza *et al.*, 2010).

Carvalho (1986), através da visita domiciliar, buscou identificar as causas do abandono do tratamento de tuberculose e de que forma o conhecimento sobre as implicações do tratamento e o relacionamento com a equipe de saúde tiveram influência na regularidade do tratamento. A autora, em uma análise qualitativa, concluiu que as ações educativas não constituem rotina nos centros de saúde e que a qualidade da inter-relação equipe de saúde e pacientes influenciam no abandono. Para ela as causas do abandono estão relacionadas a questões administrativas, educacionais para a saúde, sociais e de inter-relação com a equipe de saúde.

Alguns estudos apontaram que além da quimioprofilaxia prolongada, as irregularidades na distribuição dos medicamentos, precariedade do atendimento e dificuldades de acesso aos serviços são possíveis causas de evasão dos doentes (Oliveira e Moreira, 2000).

Bertolozzi (1998) realizou um estudo qualitativo sobre adesão ao programa de controle da doença de 18 egressos do Programa de Controle da Tuberculose, e identificou que a adesão está relacionada à inserção no processo de produção, influenciando como os sujeitos vivenciam a doença, e a forma como se processa a assistência à saúde, dependendo da organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde. A autora relata que o atendimento às necessidades da pessoa transcende a dimensão biológica, possibilitando um espaço de interlocução entre o trabalhador de saúde e o doente. O respaldo que o sujeito enfermo pode dispor nos âmbitos da família, do trabalho e da assistência também se coloca como suporte para a adesão, pois se constitui como espaço para compartilhar e enfrentar o processo saúde doença.

De forma interessante, observa-se a produção de vínculo no campo da saúde é essencial, pois orienta um novo tipo de cuidado, que envolve humanização, responsabilização e a necessidade de ouvir o paciente (Souza *et al.*, 2010).

Pozsisk (1993), estudando questões relacionadas ao abandono de tratamento da tuberculose, considera que a adesão ao tratamento está intrinsecamente articulada a alguns elementos concretos que dizem respeito tanto ao processo de adoecimento do doente e sua inserção na sociedade, como ao processo de produção na saúde. A terapêutica

medicamentosa, mesmo sendo eficaz, sofre o contraponto da singularidade do doente em correlação com sua inserção na sociedade.

Pereira e Lima (1999) desenvolveram um estudo qualitativo, hermenêutico/dialético na cidade de Porto Velho (RO) com doentes de tuberculose pulmonar que interromperam o tratamento e verificaram que, para os sujeitos dessa pesquisa, os fatores da interrupção do tratamento estavam relacionados a motivos enraizados no não-dito e em causas como os efeitos colaterais das drogas, desorganização dos serviços e a ilusão de estar curado.

Gonçalves *et al.*, (1999) informam que muitas discussões se limitam ao grau de participação e não ao tipo de comportamento do doente. Resumem-se em avaliar as respostas sem compreender a visão de mundo das pessoas com tuberculose. Daí que o doente necessita expressar seus sentimentos e espera que o profissional o escute e o compreenda.

Pereira e Lima (1999) afirmam que o discurso que emerge do sofrimento por parte do paciente nem sempre é valorizado no relacionamento do profissional/doente. Muitas vezes o doente, querendo falar da dor que sentiu ao saber que estava com tuberculose, do impacto sofrido ao saber do diagnóstico, somente encontrou alguém que lhe desse o diagnóstico de forma fria e indiferente. Dessa forma, cada doente, à sua maneira, por motivos claros ou não, interrompeu o tratamento.

Um outro problema enfrentado por alguns pacientes e seus familiares é a presença do estigma da doença (Abreu, 2005; Rosemberg, 1999). Para minimizar esse problema as pessoas procuram os centros de saúde fora da área de abrangência de suas residências. Outras preferem se tratar na região em que trabalham ou nos centros de saúde tradicionalmente reconhecidos como especializados em tratamento para tuberculose, apesar de que alguns estudos apontam a distância como fator dificultador da adesão.

Perini (1998) estudou o abandono do tratamento da tuberculose, de 28 doentes, na zona urbana da região metropolitana de Belo Horizonte, a partir das representações sociais sobre a doença. A auto-avaliação da eficácia do tratamento foi o condicionante fundamental nas decisões de abandono, associado à desinformação. O medo e a vergonha foram fatores que dificultaram o retorno aos serviços de saúde, revelando um problema na relação médico-paciente, principalmente, barreiras culturais para a percepção dos direitos dos usuários e deveres do sistema de saúde. Os aspectos considerados como determinantes do abandono e identificados no estudo foram: uso de álcool e/ou outras drogas, rejeições/reações aos medicamentos e problemas ligados ao relacionamento familiar e ao trabalho.

Em um estudo que avaliava o perfil de casos de tuberculose notificados na Regional Oeste de Belo Horizonte e os fatores associados ao abandono do tratamento, Paixão e Gontijo (2007), verificaram que os principais motivos de abandono, segundo a percepção dos

pacientes, foram o uso de drogas e de bebidas alcoólicas (30%) e a melhora clínica (25%), entre outros fatores como falta de alimentos e desconforto com o tratamento (15%), não acreditava que estava com tuberculose (5%), medo de perder o emprego (5%), desemprego / outras prioridades (5%), não acreditava no tratamento (5%), não gostava do local de tratamento (5%) e violência / necessidade de fugir (5%). Ainda, o relato de ocupação, o interesse em se tratar, o nível de informação sobre a doença, o consumo de drogas e a ocorrência de efeitos colaterais mostraram-se associados ao abandono do tratamento.

Paixão e Gontijo (2007) observaram que a ocorrência de efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no tratamento não se confirmou como fator de risco para o abandono do tratamento, o que contradiz estudos qualitativos (Gonçalves *et al.*, 1999).

Quanto à percepção dos entrevistados sobre seu estado de saúde, verificou-se que a chance de abandono do tratamento foi dez vezes maior entre aqueles que consideravam seu estado de saúde como ruim, revelando o descaso com a sua própria saúde e a baixa auto-estima destes pacientes.

Entre as variáveis relacionadas à organização do serviço de saúde verificou-se que local de tratamento, disponibilidade de medicamentos, acesso à consulta e tempo de espera para o atendimento não estiveram associadas ao abandono.

De forma geral, a adesão ao tratamento pode ser baseada em abordagens individuais relacionados aos pacientes ou fatores ambientais externos ao paciente. Sabe-se que os primeiros já estão bem descritos na literatura, como por exemplo, pertencer ao sexo masculino, ter baixa escolaridade, tabagismo, uso de álcool ou drogas (Rosemberg, 1999; Bergel e Gouveia, 2005; Paixão e Gontijo, 2007). Entretanto, faltam estudos sobre a percepção dos profissionais de saúde e as características dos serviços de saúde e sua relação com a adesão ao tratamento da tuberculose.

Questões colocadas por Antonáccio em 2002 ainda permanecem sem resposta. Como coloca o autor, a abordagem de diversos fatores do abandono do tratamento da tuberculose na visão de estudiosos não faz referência à subjetividade das pessoas em tratamento, não dando voz às próprias pessoas acometidas por essa doença a aos profissionais que atendem tais pacientes.

Desta forma, Antonáccio (2002) reforça que persiste a questão: o que de fato existe subjacente a esses fatores que levaram e levam as pessoas a abandonarem o tratamento da tuberculose pulmonar?

3 JUSTIFICATIVA

O abandono do tratamento é considerado o mais significativo problema na prática médica atualmente em relação a diversos problemas de saúde, não apenas no caso da tuberculose.

Em se tratando de tuberculose, esse tema possui grande relevância para a saúde pública, pois a incidência da doença no Brasil ainda é elevada e acomete as pessoas na idade mais produtiva, o que leva ao sofrimento, aumenta a mortalidade, gera perdas econômicas e conseqüências familiares e sociais.

Porém, é necessário um olhar mais profundo para o paciente, abordar os aspectos que levam em consideração os seus sentimentos e necessidades, e de seus familiares, as estruturas dos serviços de saúde e as relações desse com os pacientes para buscar melhores estratégias de enfrentamento e controle da doença.

Embora seja uma doença grave, a tuberculose é praticamente curável em 100% dos casos novos (Brasil, 2002), desde que obedecidas às prescrições do tratamento. Entretanto, apesar de todas as ações governamentais para o combate da doença como medicações gratuitas, orientações aos pacientes e a implantação do tratamento supervisionado, ocorre uma alta incidência de abandono do tratamento (Antonaccio, 2002), o que torna os índices atuais do quadro epidemiológico de tuberculose no Brasil não favoráveis.

Neste contexto, o Ministério da Saúde considera que vários aspectos contribuem para este quadro, dentre eles a não adesão ou o abandono ao tratamento com conseqüente aumento da resistência dos bacilos (Brasil, 1999).

Para Pereira e Lima (1999) as causas da descontinuidade no tratamento não se esgotam em explicações comumente dadas pelo doente ou inferidas pelo profissional que o assiste. Para esses autores é de grande relevância a construção do conhecimento com a ajuda da verbalização do enfermo sobre a sua experiência de adoecimento, e que a cura da doença não se resume simplesmente à ingestão de medicamentos. Existem outros panos de fundo que perpassam todo o tratamento, pois a doença afeta mais do que o corpo biológico.

Desta forma é necessário compreender o modo de viver e pensar dos pacientes com tuberculose pulmonar em relação à doença e aos paradigmas que a envolve, e o porquê do abandono do tratamento para possibilitar intervenções possíveis no tratamento e no modo como a doença é compreendida.

Conhecer a dinâmica dos serviços de saúde e a forma com que têm enfrentado o problema do abandono do tratamento também é um ponto relevante para ampliar as ações enfrentadas e viabilizar soluções possíveis. A exemplo do programa desenvolvido por Eiras e Resende (2009) denominado Monitoramento Inteligente da Dengue (MI dengue), é preciso ultrapassar o registro tradicional de notificação, acompanhamento do tratamento e

rastreamento do paciente que abandona o tratamento e criar alternativas que façam uso de um sistema de informatização, o qual pode conciliar agilidade e baixo custo na prevenção da doença, maior adesão e conclusão do tratamento. Tal sistema associado a ações de informação, educação e comunicação em saúde e mobilização social pode ampliar o sucesso no controle da doença.

Para garantir a adesão ao tratamento, os profissionais de saúde devem estabelecer vínculos com os pacientes e seus familiares, estar sensibilizados para conhecer as suas necessidades e para desenvolver a co-responsabilização na assistência (Monroe *et al.*, 2008; Gomes e Sá, 2009; Souza *et al.*, 2010).

Neste sentido, o agente comunitário de saúde (ACS) tem-se revelado importante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos. Pode-se dizer que o fato do ACS ser uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referências biomédicas, faz dele uma pessoa que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas (Nunes *et al.*, 2002; Gomes e Sá, 2009; Souza *et al.*, 2010).

É de grande importância escutar as queixas do doente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e paciente), estabelecendo uma relação baseada no acolhimento e no vínculo, princípios fundamentais da Saúde da Família (Sá *et al.*, 2007).

Tal vínculo é muito importante no cuidado do paciente, já que estabelece uma relação de confiança, diálogo e respeito entre os profissionais de saúde e o paciente, que passa a compreender a importância do seu tratamento, e assim segue as orientações de forma correta.

Outro ator muito importante é o gerente dos centros de saúde, pois além das funções de planejamento, coordenação, direção e controle dos serviços para viabilizar políticas e alcançar objetivos e metas, também são responsáveis pela mobilização e comprometimento dos profissionais na organização e produção de serviços e ações para atender às necessidades da população (Junqueira, 1990; Passos e Ciosak, 2006). Suas ações são de extrema importância, já que a conscientização, o preparo e a motivação das equipes de saúde são fundamentais para o controle da doença (Monroe *et al.*, 2008)

Estudar o abandono a partir da vivência e do relato das pessoas com tuberculose e dos relatos dos profissionais que os acompanham significa uma relevante contribuição às questões da forma do tratamento e, conseqüentemente, maior adesão, e também das questões da compreensão da doença, e, portanto, menor estigma e preconceito.

No que se refere ao tratamento da tuberculose, não devemos esquecer que, por ser uma doença que envolve aspectos sócio-culturais e psicológicos, deverá ser dispensada maior

atenção pela educação em saúde, para que em conjunto com a quimioterapia eficiente, permita transformar a tuberculose em doença controlada (Carvalho, 1986).

Desta forma, a educação em saúde deve ser encarada como um elo importante no processo de adesão ao tratamento, pois, paralelamente à implantação de programas de profilaxia da doença, devem ser realizadas atividades de educação permanente com os profissionais de saúde e de sensibilização das famílias e das comunidades.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar o abandono do tratamento por pacientes com tuberculose pulmonar na visão de gerentes de diferentes Centros de Saúde de três regiões administrativas de saúde (Nordeste, Oeste e Pampulha) de Belo Horizonte, Minas Gerais, identificadas como onde o fenômeno é mais freqüente.

4.2 Objetivos Específicos

- Investigar como os gerentes percebem o fenômeno do abandono do tratamento.
- Investigar como os gerentes descrevem os pacientes que abandonam o tratamento.
- Investigar como os gerentes percebem o papel da família na questão do abandono.
- Verificar a existência ou não do estigma na visão dos gerentes.
- Identificar como os gerentes enfrentam o problema do abandono e as estratégias adotadas para enfrentar estes problemas.

5 METODOLOGIA

5.1 Referencial Teórico-Metodológico

Considerando os objetivos do presente trabalho, de conhecer a realidade do tratamento dos pacientes com tuberculose e as razões do abandono do mesmo nos centros de saúde, optou-se por um estudo qualitativo, que permitisse maior aproximação com os profissionais de saúde responsáveis pelos processos de gestão dos ambientes de trabalho. É evidente a transformação que o sistema de saúde brasileiro tem passado a partir da instituição do modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual estimula a construção de novas práticas de saúde. Esse é um desafio e o presente estudo busca conhecer o cenário que se coloca face ao tratamento da tuberculose, considerando as dificuldades de superação de um modelo biomédico e mecanicista para outro mais amplo, voltado à integralidade, humanização e inclusão da participação dos trabalhadores em saúde e usuários, como indicam Lopes *et al.*, 2007.

No presente estudo, defende-se a atenção integral, humanizada e é nessa vertente que a doença e os processos de prevenção e tratamento serão focalizados. Compreendendo a saúde como qualidade de vida e condição para cidadania, o que é vital nesse processo de mudança de paradigma. Assim, valoriza-se aqui o componente da educação como essencial para a auto-formação do indivíduo, de modo a assumir a condição humana, priorizando o conhecimento sobre o modo de vida e formação da cidadania, além de criar oportunidades de reflexão crítica e interação entre as pessoas (Meyer *et al.*, 2006; Figueiredo *et al.*, 2010).

Apesar de a saúde ser um dos valores mais significativos para o ser humano, alguns indivíduos continuam a adotar práticas que acabam por afetar sua saúde a curto, médio ou longo prazo. Às vezes, isso pode ocorrer por falta de conhecimento, outras, pela adoção de determinadas práticas, apesar de se ter consciência da potencialidade negativa dos seus efeitos para a saúde. Ambas as condições dizem respeito à “educação para a saúde” (Candeias e Marcondes, 1979).

A educação em saúde é um processo que visa promover mudanças de comportamento, mas, para que tais mudanças ocorram, elas devem estar embasadas em construção de conhecimentos, que levem a questionar crenças e atitudes de risco, o que requer um trabalho diário repetitivo e intermitente, a fim de capacitar o indivíduo ou grupo para a tomada de decisões (Carvalho, 1986).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os objetivos da educação em saúde são desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade as quais pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva (de Melo *et al.*, 2007).

Na década de 1980, Candeias e Marcondes (1979) pontuaram que a “*educação para a saúde é um processo essencialmente ativo que envolve mudanças no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos, visando à obtenção da saúde*” (Candeias e Marcondes, 1979, p.63), o que indica que as pessoas podem ter saúde através da sua própria ação e esforço.

De forma atual e completa, Schall (informação verbal³) acredita que

a educação em saúde é um processo capaz de desenvolver no indivíduo/população uma consciência crítica das causas dos problemas de saúde, e, ao mesmo tempo, possibilitar a sua participação no sentido de superá-los, assumindo a posição de sujeito, cidadão, co-responsável pelas ações e serviços da saúde, exercendo o controle social sobre esses serviços.

Neste contexto, os valores que uma comunidade atribui à saúde só poderão ser modificados com efetiva realização da educação em saúde em todos os níveis, desde a pessoa doente até a equipe de saúde, para que o indivíduo seja informado dos riscos a que está exposto e, por ele mesmo, decidir modificar seu comportamento (Carvalho, 1986).

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico em seus diferentes níveis de atuação e a comunidade, entendida como populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões (Candeias, 1997).

Esta é uma face da promoção da saúde, pois alia a aquisição de informações e aptidões básicas como o senso de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde e da comunidade (Brasil, 2002).

De forma positiva, a eficácia de um programa de educação eficiente traz mudanças de comportamento individual, pois o programa de educação em saúde, realizado de forma contínua, progressiva e através de tecnologias simples, é fundamental para a eficácia no tratamento e prevenção dos agravos à saúde (Cintra *et al.*, 1998).

No ambiente da saúde, a prática da educação em saúde requer do profissional de saúde, por sua proximidade com esta prática, uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador (Oliveira e Gonçalves, 2004).

Por isso, tem-se identificado no desenvolvimento das ações educativas, a importância da escuta do profissional da saúde sobre o seu processo de trabalho, da inter-relação e comunicação efetiva da equipe e do aprendizado significativo no ato do trabalho, a partir de reflexões e práticas (Lopes *et al.*, 2007).

Para que consiga atingir seus objetivos, a educação em saúde se ancora em três pilares principais: diagnóstico, intervenção e avaliação, que podem ser aplicados nas ciências da saúde, humanas e sociais, através de pesquisas quantitativas ou qualitativas.

³ Informação obtida durante a disciplina Saúde Coletiva, módulo Educação em Saúde, 2007.

A pesquisa quantitativa atua em níveis da realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos, e tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis.

A pesquisa qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Minayo e Sanches, 1993, p.243),

onde o comportamento das pessoas tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado.

Uns dos assuntos correntemente valorizados nas pesquisas qualitativas na área da saúde são aqueles que tratam da adesão e não adesão a tratamento e ações de prevenção a doenças, que se constituem de estudos de motivos/razões psicológico-psicanalíticos e/ou socioantropológicos, que interpretam como as pessoas cumprem corretamente ou não as indicações, aconselhamentos, solicitações e condutas preconizadas pelos profissionais da saúde (Turato, 2005).

Neste contexto, este projeto de pesquisa foi desenvolvido elegendo-se a metodologia da pesquisa qualitativa com abordagem da pesquisa estratégica, definida como

aquela que baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas concretos, focais, que surgem na sociedade, ainda que não caibam, ao investigador, as soluções práticas para os problemas que aponta. Ela tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade (Minayo, 2008, p.50).

Tal abordagem foi utilizada porque procuramos investigar, de maneira mais profunda, a visão dos gerentes e/ou enfermeiros a respeito do fenômeno do abandono do tratamento da tuberculose.

A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador entrar em contato, em interação com o vivido, com as experiências da pessoa, com o seu discurso, com os significados que atribuem à vida, aos pequenos e grandes fenômenos que ocorrem no nosso dia-a-dia. Isso desmistifica a neutralidade pontuada nos estudos quantitativos, porque, na relação pesquisador/pesquisado, ocorre um envolvimento ao buscar apreender os significados explicitados no dito e no não-dito (Antonaccio, 2002).

Ainda, responde a questões particulares, considerando como sujeito de estudo pertencente a um grupo e considerando determinada condição social, com um universo de significados, valores, crenças e atitudes (Vendramini, 2001).

Neste sentido, os instrumentos de investigação devem entender a realidade, ultrapassando os fenômenos percebidos pelos sentidos, e, segundo Minayo (2008), sendo capaz de trazer para o interior da análise “*o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e seus conflitos*”.

Dentre os diversos instrumentos empregados na pesquisa qualitativa, a entrevista é atualmente muito utilizada, pois

o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos (Minayo e Sanches, 1993, p.245).

Desta forma, alguns trabalhos têm optado por utilizar a entrevista semi-estruturada, que de acordo com Triviños (1987),

em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (Triviños, 1987, p.96).

Um instrumento largamente utilizado nas entrevistas é a observação livre, que possui um lugar de destaque na pesquisa qualitativa, pois permite um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno em estudo. É uma técnica que não significa apenas o olhar para o ambiente ou a situação. Segundo Triviños (1987),

observar é destacar de um conjunto (objetos, pessoas, animais, etc) algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção em suas características (cor, tamanho, etc). Observar um “fenômeno social”, significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente, separado de seu contexto, para que, em sua dimensão singular seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, etc. Individualizem-se ou agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir seus aspectos aparências e mais profundo, até captar, se for possível, sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao longo do tempo, de contradições, dinamismo, de relações, etc. (Triviños, 1987, p.122).

Neste sentido, optou-se pela entrevista semi-estruturada e pela observação livre, pois acreditamos que ambos permitirão abranger informações importantes que possam surgir durante o processo de coleta de dados.

5.2 População de Estudo

A população de estudo foi escolhida baseada no objetivo de identificar as razões do abandono e/ou da não adesão ao tratamento da tuberculose pelo paciente, e compreender como esse fenômeno é percebido pelos profissionais de saúde.

Para isso optou-se por entrevistar gerentes (e/ou enfermeiros) de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte que apresentam maior número de casos de abandono do tratamento.

A escolha dos gerentes e/ou enfermeiros se deve ao fato de possuírem uma visão geral da situação de abandono na sua área de atuação e também na regional a qual pertence. De

forma geral, os profissionais de saúde vivenciam e observam as dificuldades enfrentadas pelos pacientes com relação ao tratamento, e assim contribuem significativamente para o entendimento da questão da não adesão e/ou abandono do tratamento.

5.3 Área de Estudo

Este estudo foi realizado em três Distritos Sanitários (Nordeste, Oeste e Pampulha) do município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, que atualmente conta com uma população estimada de 2.375.151 habitantes distribuídos em uma área de 331Km² (<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso 10/06/2011).

A organização territorial dos serviços de saúde encontra-se subdividida em nove distritos sanitários (Figura 4), onde cada um tem definido um certo espaço geográfico, populacional e administrativo.



Figura 4: Distritos Sanitários de Belo Horizonte – MG.

Fonte: www.pbh.gov.br/smsa, acessado 28/07/2008

Para iniciar a coleta de dados, foram selecionadas as regionais que apresentavam mais casos de abandono do tratamento da tuberculose (conforme listagem de abandonos do tratamento fornecida pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da PBH) e que o acesso fosse mais fácil. Desta forma, foram selecionados três regionais: Nordeste, Oeste e Pampulha.

Ao visitar a Gerência Distrital de Regulação, Informação e Epidemiologia (GEREP) de cada regional no final de 2009, o gerente de epidemiologia indicou quais Centros de Saúde apresentavam maior número de casos de abandono de tratamento, sendo então selecionados de acordo com a disponibilidade do gerente em participar da pesquisa.

Este estudo foi planejado para abranger profissionais de saúde de diversas regionais de modo a ampliar a diversidade de situações e verificar como cada centro de saúde e/ou regional lida com a questão do abandono do tratamento.

Portanto, foram visitados quatro centros de saúde na Regional Nordeste, três na Regional Oeste e dois na Regional Pampulha, nos quais foram registrados maior número de abandono.

5.4 Métodos e Instrumentos

Para compreender o universo de significados dos pacientes com tuberculose pulmonar na visão dos gerentes, optou-se pela pesquisa qualitativa através da abordagem da pesquisa estratégica.

Para isso, realizaram-se as entrevistas seguindo um roteiro semi-estruturado (Apêndice A) elaborado e validado com o intuito de investigar as maneiras de pensar e agir dos pacientes frente à doença e ao tratamento na perspectiva dos gerentes.

Foram investigadas as visões quanto às dificuldades associadas às causas, gravidade e ao tratamento da doença, ao seu estigma e aos comportamentos, como mudanças de hábitos de vida e os cuidados necessários.

O instrumento foi elaborado com base na revisão da literatura, com finalidade de responder aos questionamentos que possibilitaram alcançar os objetivos desta pesquisa. Durante a realização das entrevistas com os gerentes utilizou-se uma linguagem coloquial, ou seja, *uma conversa com finalidade* (Minayo, 2008), de fácil entendimento.

Algumas questões que nortearam as entrevistas dos gerentes são:

- Como é a demanda de tuberculose no Centro de Saúde?
- Existem registros dos pacientes no Centro de Saúde que mostram o seu diagnóstico, acompanhamento, situação de abandono?
- Como é o histórico familiar do paciente?
- Como é o comportamento dos pacientes?
- Como é a questão do tratamento. Há casos de resistência ao tratamento?
- Como o paciente reage ao tratamento supervisionado?
- Existe relato de preconceito, estigma?

Para que todos os itens do roteiro semi-estruturado fossem contemplados, procurou-se estabelecer um diálogo com o entrevistado, deixando-o o mais a vontade possível. As entrevistas foram precedidas por um formulário preenchido pelo próprio voluntário para a caracterização do perfil profissional (Apêndice B).

Antes da realização das entrevistas foi feito um piloto para validar as entrevistas semi-estruturadas utilizados na pesquisa e para treinamento da pesquisadora. As entrevistas piloto foram feitas pela orientadora, acompanhada pela doutoranda, com pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose e com a gerente, enfermeira e ACS de um centro de saúde da Regional Oeste.

Este piloto permitiu fazer todos os ajustes necessários antes da sua aplicação na população de estudo e delimitou o tempo médio de duração das entrevistas. Para estabelecer o número de entrevistas foi utilizado o critério de saturação, definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (Fontanella, Ricas e Turato, 2008).

Durante as entrevistas com os gerentes foi utilizado o instrumento da observação livre, onde foram anotadas todas as informações não verbais (aparência, gestos, expressões, sentimentos) que a pesquisadora julgou importante para a compreensão do fenômeno de estudo.

Para identificar profissionalmente os gerentes e/ou enfermeiros foi realizada uma caracterização profissional (Apêndice B) com o intuito de averiguar a formação e o tempo de formado, se possui pós-graduação, o tempo de trabalho na área da saúde, no centro de saúde em que foi entrevistado e na função de gerente ou ACS.

5.5 Coleta dos Dados

Após a aprovação do projeto que deu origem a esta tese pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) (Parecer 0012.0.410.245-09) e do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR/FIOCRUZ) (Parecer 0028.0.245.000-8, foi liberado o acesso a listagem do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que identificava os pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose em Belo Horizonte em 2008 e 2009.

O SINAN é o sistema nacional adotado para o registro e processamento de dados de notificação e acompanhamento da tuberculose, sendo o pilar mais importante para as ações de planejamento, monitoramento e avaliação do controle da doença (Santos, 2007).

Os gerentes dos centros de saúde que apresentaram maior número de casos de abandono do tratamento foram contatados por telefone e convidados a participarem desta

pesquisa. Neste momento as entrevistas foram agendadas. Todos os gerentes foram entrevistados no próprio centro de saúde.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), onde foi assegurado o anonimato do gerente e/ou enfermeiro e garantido o uso dos dados obtidos apenas para este estudo.

Após a leitura das entrevistas todos os depoimentos foram transcritos na íntegra e digitalizados para posterior categorização e análise dos dados.

Todas as visitas nos centros de saúde e entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável.

5.6 Análise dos Dados

Considerando-se a análise dos dados da pesquisa qualitativa, é frequente encontrar três obstáculos que precisam ser superados: a ilusão da transparência, supervalorização das técnicas em detrimento a fidedignidade à compreensão do material, e a dificuldade na junção e síntese de teorias e dos achados em campo (Minayo, 2008).

No intuito de evitar ou superar esses obstáculos citados utilizou-se para trabalhar os dados obtidos a técnica de análise de conteúdo, que, de acordo com Bardin (2009),

é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2009, p.44).

A análise de conteúdo estuda as comunicações entre os indivíduos com ênfase no conteúdo das mensagens por meio de técnica que trabalha com a palavra, permitindo de forma objetiva e prática produzir e validar as inferências do conteúdo analisado. Assim, o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem (Caregnato e Mutti, 2006).

Desta forma, a análise de conteúdo objetiva ultrapassar a incerteza e o enriquecimento da leitura para ir além das aparências, é a busca dos sentidos contidos sob os materiais coletados através das entrevistas ou nas notas de observação dos diários de campo para fornecer o verdadeiro significado (Rocha e Deusdara, 2005; Campos e Turato, 2009).

Para Bardin (2009) “*esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração*”, ou seja, “*é uma busca de outras realidades através das mensagens*” (p.44).

“Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material” (p.45).

O pesquisador objetiva então compreender os significados contidos na fala visando ultrapassar a mera descrição das mensagens executadas através da frequência das falas e palavras e sim buscar a interpretação mais aprofundada do conteúdo que será atingida mediante a inferência (Minayo, 2008, p.308).

Existem várias modalidades de Análise de Conteúdo, como Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise temática e Análise de Enunciação. Neste estudo foi utilizado a Análise Temática por ser a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde, e desta forma, responder aos objetivos propostos nesta pesquisa (Minayo, 2008; Bardin, 2009).

A técnica de Análise Temática se compõe de três grandes etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação (Minayo, 2008; Bardin, 2009).

Na pré-análise ocorre a organização dos materiais para sistematizar as idéias iniciais através da escolha dos documentos, da retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa e da elaboração de alguns indicadores para nortear a compreensão do material e a interpretação final (Minayo, 2008; Bardin, 2009). As autoras descrevem a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, constituição do Corpus e formulação de hipóteses e objetivos.

Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. “A exploração do material consiste numa classificação com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (Minayo, 2008, p.317).

A última etapa diz respeito ao tratamento dos dados brutos, quando se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns resultando na proposição de inferências e interpretações por parte do analista.

Para a análise dos dados obtidos, num primeiro momento, realizou-se a leitura flutuante do material, organizando-se e definindo-se as unidades de registro e de contexto, trechos significativos e categorias. Posteriormente seguiu-se a interpretação dos dados, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto (Minayo, 2008).

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados nos artigos a seguir. Segue-se abaixo a descrição detalhada dos entrevistados, considerando que, a delimitação de espaço nos artigos não permite tal caracterização mais pormenorizada.

6.1 Características dos entrevistados

A tabela 3 apresenta a relação dos pseudônimos (Gerentes e Enfermeiros) por Centro de Saúde e regional das entrevistas realizadas, sendo nove gerentes e duas enfermeiras entrevistadas juntamente com o gerente.

Tabela 3: Relação dos pseudônimos por Centro de Saúde e Regional.

Gerentes / Pseudônimos	Enfermeiras/ Pseudônimos	Centro de Saúde (identificados por letras)	Regional
Rosa		A	Nordeste
Margarida		B	Nordeste
Dália	Sabiá	C *	Nordeste
Cravo		D	Nordeste
Jasmim		E	Oeste
Violeta	Curió	F * #	Oeste
Amarilis		G	Oeste
Magnólia		H	Pampulha
Hortênsia		I	Pampulha

* Entrevista realizada com a Gerente e com a Enfermeira do Centro de Saúde.

Entrevista teste (piloto) realizada com a orientadora para adequação da entrevista semi-estruturada.

A tabela 4 apresenta a caracterização profissional dos gerentes e enfermeiros entrevistados, identificados por pseudônimos.

Tabela 4: Caracterização Profissional (Gerente n = 9, Enfermeiro n=2).

Características	Quantidade
Sexo	
Masculino (Cravo)	1
Feminino (Rosa, Margarida, Dália, Jasmim, Violeta, Amarílis, Magnólia, Hortênsia, Sabiá, Curió)	10
Idade	
30-34 (Magnólia)	1
35-39 (Violeta)	1
40-44 (Cravo)	1
45-49 (Rosa, Margarida, Dália, Amarílis, Hortênsia)	5
50-54 (Jasmim, Sabiá, Curió)	3

Formação	
Enfermeiro (Margarida, Sabiá, Cravo, Magnólia, Hortênsia, Violeta, Curió)	7
Dentista (Rosa, Dália)	2
Psicólogo (Amarílis)	1
Farmacêutico (Jasmim)	1
Tempo formado	
10-14 anos (Sabiá, Magnólia, Violeta)	3
15-19 anos (Cravo)	1
20-24 anos (Dália, Amarílis)	2
25-29 anos (Rosa, Margarida, Jasmim, Hortênsia, Curió)	5
Pós graduação *	
Aperfeiçoamento (Dália, Jasmim)	2
Especialização (Rosa, Margarida, Dália, Sabiá, Jasmim, Amarílis, Magnólia, Hortênsia, Violeta, Graça)	10
Mestrado	0
Doutorado	0
Pós-Doutorado	0
Tempo trabalho na Saúde	
10-14 anos (Magnólia, Violeta)	2
15-19 anos (Rosa, Dália, Cravo)	3
20-24 anos (Margarida, Jasmim, Amarílis, Hortênsia, Sabiá, Curió)	6
Tempo trabalho neste Centro de Saúde	
1-4 anos (Rosa, Cravo, Jasmim, Hortênsia, Violeta, Curió)	6
5-9 anos (Margarida, Dália, Magnólia)	3
10-14 anos (Amarílis, Sabiá)	2
Tempo trabalho como Gerente **	
5-9 anos (Rosa)	1
10-14 anos (Dália, Cravo, Amarílis, Violeta)	4
15-19 anos (Margarida, Hortênsia)	2
20-24 anos (Jasmim)	1

* A soma é maior do que o número de entrevistados, pois dois deles tem especialização e aperfeiçoamento.

** A soma é menor do que o número de entrevistados, pois três deles não exerciam cargo de Gerente.

Os dados da tabela 4 demonstram que o gênero feminino é predominante (10 em 11 entrevistados), a faixa etária varia de 30 a 54 anos, com maioria entre 45 a 46 anos, a formação (nível graduação) enfermagem é a que mais se observa entre os gerentes, e apenas um não possui pós-graduação (especialização). O tempo de formado varia entre 10 a 29 anos, com maioria entre 25 a 29 anos. Já o tempo de trabalho na área da saúde varia entre 10 a 24 anos, com maioria entre 20 a 24 anos, sendo que o tempo de trabalho nos Centro de Saúde em que foram entrevistados varia entre 1 a 14 anos, com maioria entre 1 a 4 anos. O tempo de

trabalho exercendo a função de gerente varia entre 5 a 24 anos, com predomínio entre 10 a 14 anos.

6.2 Artigos submetidos para publicação

O artigo “O abandono do tratamento da tuberculose na visão dos gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil” foi submetido para a Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, Santa Catarina e encontra-se em análise.

O artigo “Tuberculose: o estigma na visão de gerentes de Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil” foi submetido para a Revista Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e foi aceito para publicação.

Ambos estão incluídos a seguir.

Artigo submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem

O ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA VISÃO DOS GERENTES DE DIFERENTES CENTROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.⁴

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

EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL PUNTO DE VISTA DE DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD DE BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Ana Paula Barbosa Wendling¹, Celina Maria Modena², Virgínia Torres Schall³

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ). Minas Gerais, Brasil. E-mail: anapaula@cpqrr.fiocruz.br

²Doutora em Ciências. Pesquisadora Visitante do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ). Minas Gerais, Brasil. E-mail: celina@cpqrr.fiocruz.br

³Doutora em Educação. Pesquisadora Titular do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ). Minas Gerais, Brasil. E-mail: vtschall@cpqrr.fiocruz.br

⁴ Apoio: CNPq e CAPES.

Correspondência: Virgínia Torres Schall

Centro de Pesquisa René Rachou – Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente

Avenida Augusto de Lima, 1.715, Bairro Barro Preto, Belo Horizonte, Minas Gerais.

CEP: 30.190-000

Telefone: (31) 3349.7734

Fax: (31) 3295.3115

E-mail: vtschall@cpqrr.fiocruz.br

RESUMO: Este artigo analisa a visão de gerentes de Centros de Saúde de três regiões administrativas de saúde de Belo Horizonte, MG, sobre o abandono do tratamento da tuberculose e o cumprimento das diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. A análise qualitativa realizada considera as opiniões dos gerentes entrevistados e as interpreta com base na técnica de Análise de Conteúdo. Os dados permitiram identificar as seguintes categorias: organização dos serviços de saúde, processos de atendimento e tratamento dos pacientes, abandono e perspectivas. Os gerentes apontaram como principais fatores para o abandono do tratamento a falta de infraestrutura dos serviços, de alguns especialistas nas equipes multidisciplinares e, sobretudo, problemas pessoais do paciente. Compreender os motivos do abandono possibilita sugerir e elaborar novas alternativas para ampliar a adesão e conclusão do tratamento.

DESCRITORES: Serviços de Saúde. Pesquisa Qualitativa. Tuberculose. Abandono de Tratamento.

ABSTRACT: This paper analyzes the view of health centers managers from three health administrative areas of Belo Horizonte, MG, Brazil, on abandoning the treatment of tuberculosis and compliance of Tuberculosis National Control Program guidelines. The qualitative analysis considers the opinions of the managers interviewed and interprets them based on the Content Analysis Technique. The data allowed identifying some categories: organization of health services; patient's attendance and treatment procedures; abandonment and perspectives. The managers pointed out as main factors for the abandonment the lack of infrastructure, absence of some specialists in the multidisciplinary teams, and, especially, personal problems of the patient. Understanding the reasons for the abandonment makes possible to suggest and elaborate new alternatives to improve the treatment adherence and compliance.

DESCRIPTORS: Health Services. Qualitative Research. Tuberculosis. Treatment abandonment.

RESUMEN: Este artículo analiza la percepción de los directivos de los centros de salud en tres regiones administrativas de salud de Belo Horizonte, MG, Brasil, de abandono del tratamiento de la tuberculosis y el cumplimiento de las directrices del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. El análisis cualitativo considera las opiniones de los directivos entrevistados y las interpreta basado en la técnica de análisis de contenido. Los datos permitió identificar algunas categorías: la organización de los servicios de salud, los procesos de atención y cuidado de los pacientes, abandono y perspectivas. Los gerentes señalaron como principales factores para el abandono del tratamiento la falta de infraestructura, la ausencia de algunos especialistas en los equipos multidisciplinarios, y, en especial, los problemas

personales del paciente. Comprender las razones de abandono del tratamiento hace posible elaborar nuevas alternativas para ampliar la conclusión del tratamiento.

DESCRIPTORES: Servicios de Salud. Investigación Cualitativa. Tuberculosis. Abandono de Tratamiento.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é um importante problema de saúde pública, sendo responsável por 1,8 milhões de mortes em 2008.^{1,2} O Brasil é o 15º em número de casos entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo.³ Minas Gerais⁴ e Belo Horizonte⁵ apresentaram uma taxa de incidência de 22,7/100 mil habitantes em 2008 e 53,2/100 mil em 2001, respectivamente.

Devido ao risco e facilidade de propagação da doença, o Estado fornece o tratamento gratuitamente, seguindo um esquema terapêutico que combina várias drogas.⁶ O tratamento ainda é longo (seis meses), e o seu abandono e a irregularidade na ingestão são freqüentes.

Para tentar reverter essa situação e promover o real e efetivo controle da doença, foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1997, a implantação do tratamento diretamente observado de curta duração (DOTS). Sua estratégia visa o aumento da adesão, a maior descoberta das fontes de infecção e o aumento da cura, reduzindo-se o risco de transmissão na comunidade.⁷

Apesar de todas as políticas públicas para o combate da doença, o abandono do tratamento constitui, ainda hoje, um dos maiores desafios para cumprimento do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).⁸

Fatores culturais e sócio-econômicos, além da representação dos indivíduos sobre a sua saúde, a doença e o corpo, influenciam o abandono do tratamento.^{5,9-13} A adesão ao tratamento associada a problemas individuais dos pacientes já estão bem descritos na literatura. Entretanto, faltam estudos sobre a percepção dos profissionais de saúde e as características dos serviços e a sua relação com a adesão ao tratamento da tuberculose.

Assim, conhecer a dinâmica dos serviços de saúde e a forma com que têm enfrentado o problema do abandono do tratamento é um ponto relevante para ampliar as ações empreendedoras e viabilizar soluções possíveis.

Tendo em vista essas considerações, este estudo tem como objetivo analisar na visão de gerentes de Centros de Saúde (CS) de Belo Horizonte, Minas Gerais, o abandono do tratamento por pacientes com tuberculose pulmonar.

METODOLOGIA

Para a realização do estudo, optou-se pela metodologia da pesquisa qualitativa através da abordagem da pesquisa estratégica, que se orienta para os problemas concretos que acometem a sociedade, ainda que o investigador não tenha que trazer as soluções para tais problemas.¹⁴

Este estudo foi realizado em três regionais (Nordeste, Oeste e Pampulha) do município de Belo Horizonte, onde foi verificada a ocorrência de maior número de casos de abandono do tratamento da tuberculose, conforme informações do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).*

A população de estudo foi composta por quatro gerentes da Regional Nordeste, três da Regional Oeste e dois da Regional Pampulha.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas seguindo um roteiro elaborado e validado, com o intuito de investigar, na visão dos gerentes, as maneiras de pensar e agir dos pacientes frente à doença e ao tratamento, o conhecimento do PNCT e facilidades e dificuldades nos serviços de saúde sob sua coordenação em relação ao tratamento da tuberculose e ao abandono.

Para delimitar o número de entrevistas utilizou-se o critério de saturação, definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição.¹⁵

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para categorização e análise dos dados. Para isso, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática,^{14,16} que envolve as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Para a análise dos dados obtidos, realizou-se, num primeiro momento, a leitura flutuante do material, organizando-se e definindo-se as categorias de análise, sub-categorias e os trechos significativos. Posteriormente seguiu-se a interpretação dos dados, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que foi relatado.¹⁴

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer 0012.0.410.245-09) e do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ (Parecer 0028.0.245.000-8), de acordo com o que é estabelecido pela Resolução nº.196 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foi garantido o sigilo das informações.

* Dados referentes aos abandonos ocorridos em 2007 e 2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente artigo foram analisadas quatro categorias associadas a questões estruturais e às normas do PNCT, e perspectivas de resolução dos desafios.

Organização do serviço de saúde em relação ao registro e acompanhamento dos pacientes com tuberculose

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

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

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

Apesar destes esforços percebe-se a necessidade de instituir um programa de educação continuada com a finalidade de atualização quanto aos diferentes aspectos relacionados à assistência.¹⁹

Dentre os livros de registro citados, foi mencionado por alguns gerentes a existência de um livro “verde/preto” para anotações da casuística de tuberculose, revelando que a equipe de saúde não o utilizava ou utilizava mal ou nem o conhecia: *É o livro verde que eu já falei, o de registro mesmo dos casos que deve ser feito por toda unidade e todo mundo anota lá quem são os pacientes tuberculosos e qual foi o início de tratamento e qual mês que ele tá, qual é o esquema que ele tá usando.* (Magnólia); (...) *aqui não tinha, eu comecei a correr atrás desse*

livro. Então eu orientei o auxiliar quando ele ia anotar todo sintomático respiratório (...). Aí eu consegui resgatar algumas coisas e a gente começou a usar esse livro. (Hortênsia).

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

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

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

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

Sabe-se que as condições de vida da população favorecem a propagação da doença, pois a disseminação do bacilo será maior quanto pior forem as condições sociais. Porém, ela pode acometer qualquer pessoa, independente da sua condição.²¹ A literatura aponta que a doença atinge mais as populações desfavorecidas,²² contradizendo a posição do entrevistado.

O SUS, as equipes de saúde da família e os processos de atendimento e tratamento dos pacientes

Foram identificados diversos procedimentos para acompanhamento dos pacientes. Todos os gerentes relatam a utilização do DOTS pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além da busca ativa quando o paciente não retorna ao CS para retirar a medicação e

dos sintomáticos respiratórios e seus contatos: *O medicamento fica no Centro de Saúde e o usuário vem. Não veio hoje, a gente já sabe que ele não veio e manda fazer busca ativa.* (Jasmim); *O ACS vai a casa duas ou três vezes na semana para fazer esse acompanhamento e responsabiliza um familiar também para fazer a supervisão nesses dias em que o ACS não vai.* (Hortênsia); (...) *uma grávida minha com tuberculose, no lote que ela morava, seis moradias, foram mais de 30 pessoas que eu tive que fazer rastreamento.* (Dália)

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

Outro aspecto importante que deve ser considerado é a utilização de equipes multidisciplinares como assistente social e psicólogo para construir estratégias que permitam reduzir o abandono. Entretanto, nem todos os CS possuem estes profissionais: *a gente trabalha com a assistente social, que é o que a gente tem aqui.* (Margarida). Para contornar essa situação, muitos gerentes encaminham os pacientes para outros CS da mesma regional que possuem estes profissionais.

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

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

Embora não tenha sido relatado pelos gerentes entrevistados, aspectos relacionados ao Centro/Serviço de Saúde como qualidade do serviço, organização, irregularidades na distribuição dos medicamentos, precariedade do atendimento, dificuldades de acesso e negligência no acompanhamento dos pacientes, são relatados na literatura como possíveis causas de não adesão ao tratamento.^{9-10,12-13} O prolongado tempo de espera dentro do serviço

desestimula o retorno àquele serviço, e talvez até a continuidade do tratamento, principalmente aqueles que se encontram assintomáticos.¹² Existem ainda os fatores relacionados aos profissionais de saúde, como o não cumprimento dos horários, refletindo na qualidade do exame clínico e na interação com o paciente.^{11,13}

O abandono do tratamento

Em relação às histórias de abandono, os gerentes relataram as diferentes situações vivenciadas no Centro de Saúde: *A gente já teve vários casos de TBC, casos complicados até de a gente ter que pensar como que faria. TBC em traficante, por exemplo. E o traficante preso, e a gente tendo que fornecer medicação para ele. Num período ele teve solto, noutro período ele teve preso, ele foi preso com outro nome e a gente tendo que ver como que faria uma ponte para o tratamento desse cidadão.* (Cravo); (...) *Eu tenho muita história de abandono, uma paciente que saiu de casa e virou andarilha e sumiu. Ela foi morar na rua.* (Rosa); (...) *ele não era nem alcoólatra e nem drogado, mas ele morava com os tios e quando os tios ficaram sabendo que ele estava doente, puseram ele para fora de casa.* (Margarida)

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

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

Estudos têm focalizado o sofrimento de pacientes crônicos e concluído que o sucesso do tratamento é fortemente dependente do comportamento deles.²⁹ Entretanto, antes de responsabilizar apenas os pacientes pelo seu estado de saúde, é preciso refletir se os CS estão cumprindo seu papel de promotores da saúde e cumprindo os objetivos do PNCT, pois

nenhum dos Centros visitados desenvolviam ações educativas em saúde voltadas para tuberculose.

O consumo de bebida alcoólica foi um fator muito citado entre os gerentes, que também relataram que o paciente que faz uso de drogas está mais susceptível ao abandono do tratamento, sendo freqüente a associação do consumo de drogas com o alcoolismo: (...) *Nós conhecemos o G. em janeiro, já com a história de tuberculose, com difícil adesão ao tratamento, fizemos busca ativa, tentamos de todas as formas fazê-lo aderir, chamamos várias vezes e ele não comparecia, tem a questão do etilismo aí. G. é etilista crônico.* (Violeta); *A gente tem várias situações, alcoolismo, drogadição, as próprias condições sociais da pessoa aqui no bairro muitas vezes atrapalha né?* (Cravo); *Porque que você faz isso? “Porque eu não posso ficar sem beber, não posso ficar sem fumar, porque não pode isso, não pode aquilo, eu não dou conta”.* (Dália)

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

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

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

Também o acolhimento por psicólogos pode ser uma alternativa efetiva para evitar o abandono, pois o suporte emocional é fundamental.

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

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

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

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

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

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

PNCT²⁰ destaca a atuação dos profissionais como estratégica para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono.²⁵

Dificuldades e perspectivas para solucionar problemas

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

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

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

Uma dificuldade relatada pelos gerentes foi a disponibilidade de tempo, revelando que outros problemas de saúde apresentados pela população, os quais requerem intervenção imediata, muitas vezes impedem de se trabalhar com a tuberculose da forma como deveria ser: *A dificuldade que eu sinto no dia a dia, a gente tem muita coisa que tem que atuar, pensar, não é tuberculose, tem outras doenças que a gente tem que tá trabalhando né? É hipertensão, as doenças crônicas, têm a questão da hanseníase, então é muita frente de trabalho que você tem que tá atuando ao mesmo tempo, e a gente sente que às vezes falta um*

pouco, não motivação, mas falta tempo para você dedicar o tanto que gostaria. Mas a gente não ta deixando de fazer não. (Rosa); A gente é engolido toda hora por outro problema, agora vem dengue, tinha H1N1, vem campanha de vacina, as demandas impedem que a gente organize o PSF da maneira que a gente acredita que ele poderia ser realizado. (Amarílis)

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise aponta diversos fatores relatados pelos gerentes que parecem influenciar na adesão ao tratamento da tuberculose. As discussões sobre a questão nos permitiram refletir a partir das narrativas em relação à qualidade dos serviços e as dificuldades de colocar em prática as recomendações e orientações do PNCT.²⁰ A dinâmica do atendimento ainda é precária e é diferente nos diversos Centros de Saúde, dependendo de quem o coordena e das equipes ali presentes. Isso encaminha uma discussão sobre o papel desempenhado pelos serviços de saúde no controle da tuberculose.

Se a responsabilidade pelo insucesso do tratamento tem sido contabilizada ao campo institucional da saúde, alguns profissionais o reputam como sendo da ordem de decisão do paciente, associado ao perfil “difícil” ou a problemas do mesmo. São numerosos os autores

que apontam a boa relação profissional de saúde/paciente como fundamental para o seguimento do tratamento.³⁰⁻³² A informação acessível durante a visita domiciliar e o apoio para os deslocamentos dos pacientes também podem colaborar muito para a adesão. A excessiva burocracia dos serviços, as filas, os horários inflexíveis e o preenchimento de formulários são algumas dificuldades para a continuidade e conclusão do tratamento.

Para garantir a adesão ao tratamento, os gerentes e demais profissionais de saúde devem estar sensibilizados para conhecer as necessidades dos pacientes. Desta forma, é de grande importância escutar as queixas do doente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e paciente), estabelecendo uma relação baseada no acolhimento e no vínculo.¹³

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

Apesar de todos os problemas citados, algumas medidas podem ser tomadas para minimizá-los. Uma alternativa seria a promoção de educação permanente em saúde para que os profissionais permaneçam estimulados e atualizados, além de aumentar a sua vinculação e dos serviços com a comunidade. Neste sentido, os profissionais poderão estabelecer vínculos e criar laços de co-responsabilidade com os pacientes, que deixarão de ser vistos como os únicos responsáveis pelo seu estado de saúde.³³

Ainda, é urgente a necessidade de ações de educação em saúde para os pacientes e seus familiares. A realização de grupos de convivência, conversas nas salas de espera são exemplos de atividades que poderiam contribuir para a adesão ao tratamento. Além disso, os CS devem disseminar informações sobre a doença e construir estratégias mais apropriadas ao problema do abandono e resistência ao tratamento ao invés de apenas fixar cartazes nas paredes e distribuir panfletos somente quando a Secretaria os disponibilizam.

Para tentar minimizar as dificuldades encontradas na detecção (e diagnóstico) dos possíveis casos de tuberculose, uma alternativa seria a criação de sistemas inteligentes de monitoramento da doença, através das TIC's.¹⁸ Acredita-se que as TIC's podem auxiliar e

ampliar ainda mais o alcance dos profissionais de saúde, pois tornam as informações mais dinâmicas e permanentemente atualizadas.

Uma das ferramentas que faz uso das tecnologias de informação e tem sido avaliada com sucesso, poderia ser utilizada para notificação e acompanhamento dos casos de abandono, com base na implantação de um sistema similar ao Monitoramento Inteligente da Dengue (MI-Dengue).³⁴

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

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO report; 2006.
2. Barry JM. The Next Pandemic. *World Policy Journal*. 2010. 27(2):10-12.
3. Hijjar MA, Procopio MJ, Freitas MR, Guedes R, Bethlem E. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão RJ*. 2005; 14(4): 310-314.
4. Ministério da Saúde [página da internet]. Brasília (DF): MS;2010 [acesso em 2010 Jun 20]. Disponível em: (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tab_taxa_inc_tuberculose_bra_r_uf_90_08.pdf)
5. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(2):205-13.
6. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Controle da Tuberculose: Diretrizes e Plano de Ação Emergencial para os Municípios Prioritários. Brasília (DF): MS; 1997.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. ed. Brasília (DF): MS; 2005.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Prevention and Control of Tuberculosis Among Foreign-Born Persons, Report of the Working Group on Tuberculosis Among Foreign-Born Persons. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1998; 47(16).
9. Perini EA. O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 1998.
10. Oliveira HB, Moreira FDC. Abandono de tratamento e recidiva da Tuberculose: Aspectos de Episódios Prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-94. *Rev. Saúde Pública*. 2000 Out; 34(5):437-43.
11. Lima MB, Mello DA, Morais AP, Silva WC. Estudo de caso sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública*. 2001 Jul-Ago; 17(4):877-85.
12. Bergel FS, Gouveia, N. Retornos frequentes como nova estratégia para a adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(6):898-905.
13. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da Tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Out-Dez; 16(4):712-8.

14. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Jan; 24(1):17-27.
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70; 2009.
17. Hijjar MA, Oliveira MJPR; Teixeira GM. A Tuberculose no Brasil e no Mundo. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. 2001 Jul-Dez; 9(2).
18. Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Críticas e Atuantes - Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005.
19. Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(3):374-81.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>
21. Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007; 60(5):590-5.
22. Ivaneide AR, Larissa LM, Régia HBP, Sílvia DS. Abandonment of tuberculosis treatment among patients co-infected with TB/HIV. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010 Jun; 44(2): 383-7.
23. Fujiwara PI, Larkin C, Frieden TR. Directly observed therapy in New York City. History, implementation, results, and challenges. *Clin Chest Méd*. 1997; 18:135-48.
24. Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Jun; 24(6):1377-1386.
25. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino-Neto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2005; 10(2):315-321.
26. Ribeiro S, Amado V, Camelier A, Fernandes MMA, Schenkman S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *J Pneumol*. 2000 Nov-Dez; 26(6).
27. Deheinzelin D, Takagaki TY, Sartori AMC, Leite OHM, Amato-Neto V, Carvalho CRR. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 1996; 51:131-135.
28. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde Pública*. 1999 Out-Dez; 15(4):777-87.
29. Hallet CE, Austin L, Caress A, Luker KA. Community nurses' perceptions of patient 'compliance' in wound care: a discourse analysis. *J Ad Nursing*. 2000; 32(1):115-23.
30. Snider DE. Reseña sobre el cumplimiento de las prescripciones en los programas de la tuberculosis. *Bolotin de la Unión Internacional de la Tuberculosis*. 1982; 57:255-260.
31. Reichman LB. Compliance in developed nations. *Tubercle*. 1987; 68:25-29.
32. Irurzin RN, Hasper I, Garcia LE. Retratamiento por tuberculosis, incumplimiento del tratamiento anterior y su relación con el mismo. *Rev Argentina del Tórax*. 1990; 51:17-30.
33. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2007 Jan-Abr; 16(1):57-68.
34. Eiras AE, Resende MC. Preliminary evaluation of the "Dengue-MI" technology for Aedes aegypti monitoring and control. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25:S45-S58.

TUBERCULOSE: O ESTIGMA NA VISÃO DE GERENTES DE CENTROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

TUBERCULOSIS: STIGMA IN THE VIEW OF HEALTH CENTERS MANAGERS OF BELO HORIZONTE, MG, BRAZIL.

Ana Paula Barbosa Wendling¹, Celina Maria Modena², Virgínia Torres Schall³

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Doutora em Ciências. Pesquisadora Visitante do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³Doutora em Educação. Pesquisadora Titular do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Endereço para Correspondência:

Virgínia Torres Schall

Centro de Pesquisa René Rachou – Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente
Avenida Augusto de Lima, 1.715, Bairro Barro Preto, Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP:
30.190-000

Telefone: (31) 3349.7734 Fax: (31) 3295.3115

E-mail: vtschall@cpqrr.fiocruz.br

Celina Maria Modena

Centro de Pesquisa René Rachou – Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente
Avenida Augusto de Lima, 1.715, Bairro Barro Preto, Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP:
30.190-000

Telefone: (31) 3349.7734 Fax: (31) 3295.3115

E-mail: celina@cpqrr.fiocruz.br

Ana Paula Barbosa Wendling

Centro de Pesquisa René Rachou – Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente

Avenida Augusto de Lima, 1.715, Bairro Barro Preto, Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP: 30.190-000

Telefone: (31) 3349.7741 Fax: (31) 3295.3115

E-mail: anawendling@yahoo.com.br

Fonte Financiadora:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

*Este trabalho é parte da Tese de Doutorado da primeira autora desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ/MG.

RESUMO

O presente artigo buscou analisar como gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG, percebem a tuberculose. Trata-se de um estudo qualitativo a partir de entrevistas semi-estruturadas com nove gerentes. Os dados transcritos foram categorizados e interpretados com base na técnica de Análise de Conteúdo. A análise das categorias indicou que é recorrente a referência ao estigma e ao preconceito quanto à própria doença, ao paciente, bem como nas atitudes de alguns profissionais de saúde e familiares dos pacientes. Os relatos foram pontuados por diversos exemplos de como os doentes, seus familiares e a sociedade lidam com essa questão. A presença do estigma, a responsabilização da doença associada ao perfil do paciente e falta de apoio familiar, a ausência de processos de educação permanente e de troca de experiência entre os diversos serviços de saúde indicam prejuízo à atenção à saúde. Tais evidências indicam a necessidade de políticas públicas mais efetivas para o controle da doença.

PALAVRAS CHAVES: Serviços de Saúde. Tuberculose. Pesquisa Qualitativa. Estigma Social. Pacientes Desistentes do Tratamento.

ABSTRACT

This paper analyses the view of health centers managers from three health administrative areas of Belo Horizonte, MG, Brazil about the stigma associated with tuberculosis and their consequences for the health of the patient and disease control. The qualitative analysis considers the opinions of nine managers interviewed and interprets them based on the Content Analysis Technique. The analysis indicated that the interviewed reported the presence of stigma related to the disease itself, the patient, as well as in the attitudes of some health

professionals and patients' relatives. The reports included several examples of how patients, their families and society deal with this issue. The presence of stigma, the association of the disease with the patient profile and lack of family support, lack of strategies for continuing education and exchange of experience between the various health services indicate failures in health care. Such evidence indicates the need for more effective public policies and permanent educative process to control the disease.

KEY WORDS: Health Services. Tuberculosis. Qualitative Research. Social Stigma. Patient Dropouts.

INTRODUÇÃO

A tuberculose, uma doença hoje curável e passível de prevenção, continua sendo um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que a doença infecta mais de nove milhões de pessoas por ano e causa cerca de dois milhões de mortes. No dia mundial da tuberculose, comemorado em 24 de março (dia da descoberta do bacilo por Robert Koch), a Organização Mundial de Saúde apresentou alguns dos objetivos para a luta contra a doença no corrente ano (2011)¹. Um deles destaca a necessidade de pesquisas que compreendam as ações dos sistemas de saúde de modo a torná-los mais adequados e eficientes¹.

A dificuldade de adesão dos pacientes de tuberculose ao tratamento é um dos maiores obstáculos para o alcance da cura, tornando-se um desafio para o controle e a eliminação da doença. Apesar do tratamento gratuito garantido pelo Estado, este cenário requer atenção especial das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da tuberculose nos dias atuais.

Outro desafio bastante recorrente quando se trata de tuberculose, é o estigma que a doença possui. Para a sociedade a doença tem um sentido, pois ela funciona como significante social². E no caso da tuberculose, a sua representação foi sempre carregada de sentidos ambíguos ao longo da história, estando ainda hoje associada “ao último estágio da miséria humana”³. Se há registros de maior prevalência nas classes desfavorecidas, a tuberculose ainda evoca idéias presentes no imaginário popular, associando a doença e hábitos socialmente censurados como abuso de álcool e comportamentos sociais indesejáveis³.

As pessoas estigmatizadas geralmente internalizam este sentimento e passam a adotar um conjunto de atitudes que abalam a sua auto-estima, como vergonha, desgosto e culpa⁴. Tais atitudes podem levar a comportamentos que desfavorecem a busca de tratamento e favorecem a sua disseminação, como esconder a doença das suas relações interpessoais ou aumentar comportamentos de risco.

Profissionais da saúde relatam que os portadores da doença sofrem não só pelas manifestações clínicas, mas também pela possibilidade de vivenciar preconceitos e, conseqüentemente, podem rejeitar as relações sociais em geral⁵.

Diversos trabalhos relatam tais aspectos sob a perspectiva dos pacientes ao descreverem os motivos que os levam ao abandono do tratamento. Entretanto, são raros os estudos sobre a percepção dos profissionais de saúde em relação ao estigma e ao comportamento dos pacientes e da família frente à doença.

Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar como os gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, percebem os pacientes, seu comportamento e de sua família em relação à tuberculose, aspectos que podem afetar o processo de atenção à saúde.

METODOLOGIA

Este trabalho é parte de uma tese de doutorado que busca investigar a adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar e as causas do abandono nos serviços de saúde de Belo Horizonte, com vistas a desenvolver estratégias e materiais educativos que possam encaminhar melhores práticas e alternativas criativas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que predomina a abordagem da pesquisa estratégica⁶. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas seguindo um roteiro elaborado e previamente validado⁷, que incluía questões sobre como os profissionais percebem o problema, como a tuberculose é vista no serviço de saúde, quais as ações voltadas para o seu controle e tratamento, a infraestrutura existente, as estratégias de capacitação (se existentes), a relação com os pacientes e suas famílias. Aspectos como adesão e abandono foram abordados em profundidade. Como o estigma tornou-se relevante no decorrer das entrevistas, buscou-se investigar os sentidos atribuídos ao mesmo, a partir das experiências dos entrevistados nos serviços de saúde.

Para a realização do estudo foram entrevistados nove gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte que pertencem às regionais Nordeste (n=4), Oeste (n=3) e Pampulha (n=2). Estas regionais foram selecionadas por apresentarem maior número de casos de abandono do tratamento da tuberculose, conforme base de dados de 2007 e 2008 do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM).

O número de entrevistas foi delimitado pelo critério de saturação, definido como a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição⁸, o que está em conformidade com a metodologia do estudo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para categorização e análise dos dados. Para isso, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática^{6,9}, que envolve as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação dos mesmos.

Para a análise dos dados realizou-se, num primeiro momento, a leitura flutuante do material, organizando-se e definindo-se as categorias de análise, sub-categorias e os trechos significativos. Posteriormente seguiu-se a interpretação dos dados, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que foi relatado⁶.

Na análise da categoria estigma, utilizou-se o significado como um expressivo descrédito atribuído a uma pessoa com uma diferença indesejável³. Goffman (1988) refere-se ao estigma como um poderoso signo de controle social usado para marginalizar e desumanizar indivíduos que apresentam certos traços desvalorizados, ou seja, é “o processo ou a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (p.7)³.

O termo é também descrito no Dicionário Houaiss, o qual assinala aspectos físicos e morais, como: 1. marca ou cicatriz deixada por ferida 2. sinal natural no corpo; e também: 6. aquilo que é considerado indigno, desonroso. Essa última expressa de certa forma a força dos significados que têm sido atribuídos ao estigma em relação às pessoas com tuberculose¹⁰.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer 0012.0.410.245-09) e do Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ (Parecer 0028.0.245.000-8), de acordo com o que é estabelecido pela Resolução nº.196 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foi garantido o sigilo das informações. Todos os nomes referidos no artigo são fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos relatos dos gerentes foram identificadas oito categorias e diversas subcategorias que emergiram como relevantes para a compreensão de como a tuberculose é percebida e tratada nos serviços de saúde incluídos no estudo. Três categorias foram descritas por Wendling et al., (2011) estando associadas às representações das causas do abandono do tratamento. Nessa publicação⁷, as autoras descrevem o perfil dos gerentes entrevistados. No presente artigo foram analisadas as representações dos entrevistados expressas em categorias associadas ao estigma e a forma como os pacientes e familiares lidam com a doença.

Estigma e preconceito em relação à doença e ao paciente

Nas falas dos gerentes esteve presente a referência ao estigma quanto à própria doença, ao paciente, bem como nas atitudes de profissionais de saúde, familiares e comunidade dos pacientes. Os relatos foram pontuados por diversos exemplos de como os doentes, seus familiares e a sociedade lidam com essa questão. Percebe-se uma mescla de representações da doença associadas aos determinantes sociais da mesma nos dias atuais com alguns resquícios do imaginário social do passado quanto ao perfil do paciente e da própria doença.

As narrativas indicam que o estigma ainda está presente nos dias atuais, embora não sendo observado por todos os gerentes e até contestado por um deles. Alguns entrevistados referem-se à decisão do paciente de manter a doença em segredo, indicando que o mesmo ainda não se sente seguro para assumir a sua condição, refletindo o medo do preconceito:

(...) eu tenho um paciente de uma classe boa, então a equipe me relatou a dificuldade em ir na casa dele porque ele não queria que ninguém soubesse. (Rosa); Então ela não quer que o ACS vá lá na porta da casa dela levar o medicamento porque o vizinho vai ficar sabendo que tem uma doença... (Violeta).

Alguns estudos corroboram os nossos achados, pontuando que com relação ao paciente, fatores como o estigma e a não aceitação da doença normalmente ocorrem e podem comprometer o tratamento^{3,11-12}. A concepção de que a tuberculose é ainda uma doença carregada de estigma social¹³ reforça as atitudes de medo e de resignação dos doentes diante do sofrimento¹⁴, levando-os a rejeitar as relações sociais em geral e promovendo seu isolamento social^{5,11,15}.

Muitas vezes os pacientes se assustam com o diagnóstico e passam a ter sentimentos de preconceito:

Se a gente falar que não, que a pessoa não se sente mal com aquele diagnóstico, não tem medo do estigma, eu acho que a gente vai estar sendo hipócrita, porque sente sim. (Magnólia);

É, o próprio paciente se incomoda muito com esse diagnóstico. Ele assusta com tuberculose, com aquela coisa mesmo catastrófica que a tuberculose gerou muitos anos atrás, com morte né, de estigma e de isolamento. (Magnólia).

A atitude de ocultar o diagnóstico é considerada como uma forma de enfretamento da doença¹⁶. Para alguns autores¹⁷ os estigmas possuem duas características: a visibilidade e a possibilidade de controle. Assim, os estigmas não visíveis possibilitam maior controle da pessoa estigmatizada. Dessa forma, há a preocupação em esconder o problema, principalmente em relação às pessoas mais íntimas, das quais o indivíduo receia as reações negativas¹⁸.

Assim, percebe-se que a pessoa possui medo em relação à sua doença, seja pelo receio de transmiti-la para os membros de sua família ou pelo fato de não conhecerem a doença, revelando sentimentos de insegurança, vergonha, isolamento e preconceito⁵.

O preconceito por parte dos familiares também foi observado:

História de abandono, que às vezes a família não quer aquele paciente. O paciente vive num cômodo lá daquela casa. (Violeta);

Às vezes não tem uma pessoa responsável por aquele paciente sabe? (Violeta).

Alguns indivíduos ao comunicarem para a família a sua condição, experimentaram o preconceito pelo medo que a família tem de se contaminar, culminando com a rejeição⁵. Tal situação revela um problema social que o Centro de Saúde precisa enfrentar e que dificulta o trabalho dos profissionais de saúde.

Ainda, foi mencionada por um gerente a separação de utensílios, revelando o medo dos familiares de contraírem tuberculose, mesmo após orientação médica:

*Porque às vezes o paciente já está tratando, já tem um mês que ele está tratando, ele já está com BAAR** negativo, mas, dentro da casa ele fica separado né, o copo, o talher, o prato, mesmo o médico orientando “olha agora não está transmitindo mais”, mas não tem jeito, eu acho que as pessoas ainda não tem assim... sei lá, é uma questão de cultura mesmo, não adianta, o paciente, ele fica meio a parte assim.* (Margarida).

Ao receber o diagnóstico o paciente “leva um susto”, e muitas vezes não o aceita facilmente, demonstrando dificuldade de conviver com a doença. Neste momento ele não é o único a ser afetado, e a família passa a desempenhar um papel importante, sendo fundamental seu apoio^{13,15,19}. Neste sentido, devem ser desenvolvidas estratégias de enfrentamento da doença que consideram a singularidade do sujeito e a sua constelação familiar.

De forma surpreendente, um gerente relatou preconceito por parte de profissionais de saúde:

Agora eu já vi, já tive essa experiência horrível, profissional da saúde que tinha que colocar na sala um ventilador, abrir as janelas... isso o paciente sintomático-respiratório não era nem paciente comprovadamente tuberculoso, ficar assim no cantinho da sala longe, tantos metros de distância e tal porque ele tinha um verdadeiro pavor de pegar tuberculose. (Hortênsia).

Este comportamento dos profissionais de saúde revela desconhecimento das medidas preventivas e mesmo sobre sintomatologia associada à doença, indicando a permanência de

** BAAR: Exame bacteriológico (Baciloscopia) que identifica bacilos álcool-ácido resistente.

estereótipos arraigados que se sobrepõem ao conhecimento científico requerido por um profissional especializado.

Sánchez & Bertolozzi (2009) descrevem que alguns trabalhadores da saúde revelaram medo de contaminação durante o atendimento aos pacientes com tuberculose²⁰. Medidas como dar “atenção privilegiada” para evitar a movimentação do paciente no Centro de Saúde e solicitar o uso de máscara eram indicativos de preconceito. As autoras relatam que muitos dos profissionais entrevistados associavam a tuberculose como predominante na população pobre, como os ex-presidiários, prostitutas, drogados e alcoólatras.

Os gerentes apontam que, de forma geral, a população também está desinformada não só a respeito da tuberculose, mas das doenças em geral, revelando preconceito:

As pessoas têm muito preconceito hoje. Eu acho que ainda existe o estigma mesmo.

O estigma permanece. (Violeta);

(...) porque eu observo pelo movimento no Centro de Saúde, ninguém senta perto de uma pessoa que tá com máscara. (Magnólia).

Percebe-se que a tuberculose ainda é temida por ser associada a algo socialmente alvo de censura, embora, alguns relatos apontem a ausência de preconceito²¹. Essa contradição está presente nos discursos dos gerentes, os quais se mostraram por vezes divididos. Alguns dizem que o estigma ainda permanece de forma velada, e que as pessoas ainda possuem aquele imaginário de pessoas tísicas e de tratamento em lugares altos e frios na memória.

A ausência de preconceito foi associada à classe social. Segundo os entrevistados, a população mais carente apresenta menos preconceito quando comparada às outras classes sociais:

Você sabe quê que eu penso? Eu acho que em população mais carente o preconceito ele é menor. (Amarílis);

Eu não tive ninguém nunca falando disso, que as meninas (agente comunitária de saúde) comentarem que o paciente se queixava disso, ou de falar disso não. (Amarílis).

Lima et al. (2001), ao entrevistar pacientes com tuberculose, observaram que não houve preconceito por parte dos amigos e vizinhos, já que não foi notado qualquer tipo de mudança nos seus comportamentos e atitudes²². Em outro estudo, algumas reações positivas como a aproximação de amigos na tentativa de ajudar e dar atenção também foi observado⁵.

É interessante observar que apesar dos pacientes sentirem receio em revelar a sua doença, um gerente mencionou que hoje em dia os pacientes encaram a doença e o tratamento com mais naturalidade:

Olha, eu acho que antes, antigamente, eles tinham mais preconceitos sabe, hoje em dia eles levam o maior susto porque são 6 meses de tratamento, mas acho que antigamente, que o povo tinha uma coisa que eles iam até morrer, era quase um atestado de óbito você falar que o paciente estava com tuberculose, hoje não. (Margarida).

Os relatos atestam a predominância do estigma, embora se perceba alguns avanços, que indicam a presença de parte da população já mais esclarecida de que a doença pode ser tratada com sucesso quando seguidas as orientações médicas.

Comportamento dos pacientes e de suas famílias em relação à doença

Os gerentes relatam como é o comportamento dos pacientes e de suas famílias em relação à doença, o historio familiar do paciente e como ele se contaminou com o bacilo.

Com relação ao comportamento dos pacientes os gerentes relatam tanto experiências com pacientes agressivos quanto não agressivos, atitudes essas associadas à falta de conhecimento ou à idade:

Que são ríspidos, às vezes chega a ser até agressivos com a equipe né? Nesse tratamento supervisionado que a gente vai tentando manter. (Violeta);

Não, nunca teve relato das equipes de agressividade não. (Rosa);

(...) Eles não eram agressivos nem nada não, eles simplesmente ignoravam mesmo. (Margarida);

Quando é paciente jovem, ele é mais agressivo mesmo, sabe? Agora o paciente quando é mais velho ele não... (Margarida).

Na literatura, observa-se a associação de certas alterações de comportamento, bem como abandono de tratamento com o consumo de drogas e álcool^{13-14,23-24}. Entretanto não há registros que associem o comportamento mais agressivo dos pacientes a esse consumo.

Alguns gerentes relataram ter pouco contato com as famílias do paciente com tuberculose, justificando que é a equipe de saúde que se relaciona com eles. Contudo, afirmam que os pacientes ali tratados, têm, em geral, vida familiar regular:

Eu assim, não acompanho tanto de perto esses pacientes. É a equipe de Saúde da Família, o médico e a Enfermeira que estão mais interados nesses aspectos, mas ultimamente eu não tenho percebido no geral que tenha alguma coisa assim, alguma deficiência familiar não. (Margarida);

Os que eu tenho, os que eu conheci mais de perto, a gente teve até funcionário aqui que teve tuberculose e é um pessoal assim que tem marido, filho normal. (Margarida).

Mais uma vez os gerentes ficaram divididos, pois para alguns o comportamento da família é tido como normal, como relatado acima. Porém, em outros momentos da entrevista, reportam sobre famílias que não encaram a doença com naturalidade e nem sempre dão manifestações de apoio, chegando a isolar o paciente, como descrito anteriormente na categoria estigma.

Em muitos casos a falta de apoio familiar ao sujeito é justificada pela falta de interesse do mesmo em se tratar, e por ter uma “natureza difícil”, principalmente os usuários de bebidas alcoólicas e drogas.

Apesar destas dificuldades que a família enfrenta, ela assume um papel de extrema importância no tratamento, pois fornece apoio, estimula e compartilha os sofrimentos e medos do paciente. Da mesma forma, o apoio de outras pessoas, vizinhos e profissionais de saúde pode ajudar o paciente a aceitar e enfrentar a doença, o que é registrado em outros estudos^{13,15}.

Com relação a provável forma de contaminação, dois gerentes relataram a promiscuidade das pessoas, associando a doença à pobreza e à qualidade da alimentação:

Às vezes eu acho que é um pouco de promiscuidade né. A maioria dos casos foi em função disso. (Amarílis);

Então pelo que a gente conhece da TBC, que favorece a doença, dormir junto. Por exemplo, moradores de rua tem TBC com muita frequência, dormem todos amontoados ali né? (Jasmim);

Outra questão, a própria pobreza mesmo, a falta, a qualidade da alimentação, mesmo né? (Jasmim).

Os relatos acima corroboram outros estudos que relatam que a tuberculose está intimamente relacionada à má alimentação, pobreza e aos problemas sociais, principalmente quando associados ao analfabetismo e ao desemprego^{12,14,25}.

Em síntese, ainda há um descompasso em relação à responsabilidade quanto à própria saúde, até quanto é do próprio paciente ou do serviço de saúde. Um gerente ilustra esse dilema ao associar o abandono ao perfil pessoal do paciente ou a crença da população quanto ao direito ao serviço de saúde, sem assumir a própria responsabilidade em relação ao tratamento:

Eu acho, o que eu sinto é um pouco disso e um pouco assim de delegar para o serviço público tá, eu vou delegar pro serviço público uma responsabilidade que é minha. Então, eu acho que o grande desafio do PSF hoje é isso: é promoção à saúde, o auto cuidado, eu saber que eu tenho que tomar conta da minha saúde, eu acho que isso nós estamos a anos luz de conseguir, sabe. A população tá muito, no

sentido assim, “eu pago imposto e vocês são obrigados a me servir do que fazer a minha parte”. Então a tuberculose eu vejo muito por aí, né, a prefeitura dá o remédio, o agente comunitário dá supervisão, a gente marca a consulta, faz tudo, mas a parte dele que é tomar o remédio, ele não quer fazer. (Amarílis).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise das falas dos gerentes revela que a tuberculose ainda é uma doença carregada de tabus pela sociedade e pelo próprio doente. As entrevistas nos permitiram refletir sobre um fator que é de grande importância para essa situação de estigma presente no cotidiano dos pacientes: a informação qualificada e a falta que ela faz, bem como a necessidade de troca de experiências e maior integração entre os diversos serviços de saúde e seus profissionais.

Percebemos que apesar dos esforços dos profissionais de saúde e das políticas públicas, a dinâmica do atendimento ainda é diferente nos diversos Centros de Saúde, e não contempla os conhecimentos e a singularidade de cada sujeito.

A informação repassada pelos profissionais de saúde não está sendo suficiente para aumentar a adesão ao tratamento.

Para tentar minimizar esta situação, os profissionais de saúde devem estar atentos aos pacientes, conhecer as suas necessidades e estar sensibilizados com a sua condição. Por isso, é muito importante o vínculo, o acolhimento, a escuta e o repasse de informações de forma clara para o fácil entendimento do paciente.

Para que o atendimento seja mais humanizado é necessário que os profissionais de saúde se capacitem, que conheçam a fundo o processo saúde-doença, as formas de contágio e de prevenção da tuberculose. Uma alternativa seria a promoção de educação permanente em saúde, pois apenas profissionais conscientes do seu papel poderão estabelecer laços com os pacientes, e não terão comportamentos que revelam estigma e medo.

É clara também a necessidade de estratégias de educação em saúde para os pacientes e seus familiares. A divulgação pelos canais de comunicação do que é a doença, quais são os cuidados e como é feito o tratamento associada às orientações dadas pelos profissionais de saúde são exemplos de estratégias que podem trazer resultados positivos¹¹. Alternativas como a realização de grupos de convivência, permitindo que os pacientes ampliem a compreensão da sua doença e do processo de viver com a tuberculose, encorajando-os a buscarem novas estratégias para enfrentar os desafios¹¹. As atividades em grupos promovem a troca de experiências entre os pacientes e permitem que o ensino e o aprendizado sejam compartilhados entre todos, pacientes e profissionais de saúde.

Ainda, outra ferramenta que poderia ajudar na desmistificação da tuberculose é a criação de uma rede de apoio social, que contribui para o aumento da competência individual e reforça a auto-imagem²⁶.

Percebe-se no presente estudo que há contradições nos relatos, embora seja freqüente a presença do estigma, o que tem como consequência o prejuízo no processo de atenção à saúde. Também persistem idéias inadequadas quanto à responsabilidade sobre o cuidado com a saúde e quanto a comportamentos dos pacientes. Esse cenário requer novas pesquisas e investimento em experimentação de estratégias educativas inovadoras e processos permanentes de atualização dos profissionais de saúde que possam conduzir a um enfretamento adequado da doença e seu controle efetivo.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World TB Day. 2011 [site na internet]. Disponível em http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_tb_day/en/index.html. Acessado em 3 de abril de 2011.
2. Sontag S. A doença como metáfora. 3 ed. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal; 2002.
3. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): LCT; 1988.
4. Bertazone EC, Gir E. Aspectos Gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto - SP. Rev Latino-am Enfermagem 2000; 8(1):115-22.
5. Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. Rev Latino-am Enfermagem 2005;13(3):374-81.
6. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
7. Wendling APB, Modena, CM, Schall, VT. O abandono do tratamento da tuberculose na visão dos gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. Revista Texto-Contexto Enfermagem 2011 (enviado para publicação).
8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública 2008; 24(1):17-27.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70; 2009.
10. Houaiss, A Dillar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1 ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Objetiva; 2001.
11. Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. Revista Brasileira de Enfermagem 2007; 60(5):590-5.
12. Ribeiro AS, Amado V, Camelier AA, Fernandes MMA, Schenkman S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. J Pneumol 2000;26(6).
13. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. Cad. Saúde. Pública 1999;15(4):777-87.
14. Lima MB, Mello DA, Moraes AP, Silva WC. Estudo de caso sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectivas dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). Cad. Saúde Pública 2001; 17(4):877-85.

15. Assunção CG, Seabra JDR, Figueiredo, RM. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. *Ciência e Enfermagem* 2009;XV(2):69-77.
16. Suit D, Pereira ME. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP* 2008; 19(3):317-340.
17. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert D, Fiske S, Lindzey G. *The handbook of social psychology*. Boston:McGraw-Hill; 1998. p.504-553.
18. Claro LBL. Hanseníase: representações sobre a doença. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 1995.
19. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit* 2002;10(1):5-12.
20. Sánchez AIM, Bertolozzi, MR. Percepción de los trabajadores de salud de unidades básicas de salud de São Paulo (Brasil) sobre La tuberculosis. *Av. Enferm* 2009;XXVII(2):19-24.
21. Pôrto A. Representações Sociais da Tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1):43-49.
22. Lima MB, Mello DA, Morais AP, Silva WC. Estudo de caso sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectivas dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública* 2001;17(4):877-85.
23. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública* 2007;41(2):205-13.
24. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da Tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm* 2007;16(4):712-8.
25. Bergel FS, Gouveia N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose. *Revista Saúde Publica* 2005; 39(6):898-905.
26. Garnezy N, Masten A. Chronic adversities. In: M Rutter, E Taylor, L Herson, editors. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell; 1994. p.191-207.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise aponta diversos fatores relatados pelos gerentes que parecem influenciar na adesão ao tratamento da tuberculose. As discussões sobre a questão nos permitem refletir a partir das narrativas em relação à qualidade dos serviços e às dificuldades de colocar em prática as recomendações e orientações do Plano Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT (Ministério da Saúde, 2000), que define a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde (Brasil, 1997).

O PNCT está fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da tuberculose, e suas principais ações estão baseadas na vigilância epidemiológica, prevenção e controle dos casos. Entretanto, os relatos nos mostraram uma realidade diferente, onde nem sempre é possível fazer a prevenção e a vigilância, ou seja, a busca ativa dos casos.

Esta realidade se deve em parte ao número insuficiente de funcionários (ACS) do centro de saúde, e a falta de preparo dos mesmos, que muitas vezes não reconhecem os sintomas da doença. Sabe-se que a busca ativa não deve ser observada apenas nos Centros de Saúde, mas deve ser realizada na comunidade, nos ambulatórios e nos hospitais.

Embora a busca ativa dos sintomáticos respiratórios seja deficiente, verificou-se bastante empenho da equipe na busca pelos contatos intradomiciliares dos doentes e na realização de testes para a detecção da doença em todos os familiares. Percebe-se que a equipe de saúde se preocupa com o alastramento da doença na comunidade, principalmente em idosos e crianças. Tal cuidado caminha junto com o acolhimento do doente e de seus familiares.

Uma das estratégias do PNCT que também depende da equipe de saúde é o tratamento diretamente supervisionado (DOTS) do doente. Desde a sua implantação no Brasil, em 1993, a taxa de cobertura vem aumentando no período entre 1998 a 2004, sem ainda alcançar a meta preconizada pela OMS (WHO, 2006).

Na revisão da literatura, verificamos que o DOTS foi estudado sob a ótica do doente (Vendramini, Villa, Palha e Monroe, 2002) e da equipe de saúde (Muniz, Villa, Monroe e Hino, 2001), além dos aspectos organizacionais dentro do sistema de saúde (Sasaki *et al.*, 2002; Vendramini, Villa, Cardozo-Gonzales e Monroe, 2003). Os autores concluem que o tratamento supervisionado funciona como um apoio para a adesão ao tratamento promovendo relações de vínculo com os pacientes. Neste sentido, a participação da equipe de saúde e da família é importante neste processo e são recursos para o não abandono da terapêutica. Considerando a organização do serviço, analisar o tempo de tratamento da tuberculose e investigar os fatores que contribuem para a não adesão são os principais pontos para a avaliação da assistência prestada.

Os relatos dos gerentes entrevistados no presente estudo permitiram verificar que não há uma padronização da sua realização, já que cada centro de saúde faz a observação da tomada da medicação de uma forma diferente.

Entendemos que este procedimento não deve ser engessado, pois cada paciente tem uma realidade e rotina que deve ser respeitada. Ainda, a colaboração dos familiares e do próprio paciente é muito importante neste momento, sendo fundamental a existência do vínculo com o ACS, pois é ele quem vai estimular o paciente a continuar com o tratamento quando houver efeitos adversos indesejáveis e/ou quando o paciente acreditar já estar curado devido à melhora dos sintomas.

De forma geral, os dados do presente estudo mostraram que a dinâmica do atendimento ainda é precária e diversa nos diferentes centros de saúde, dependendo de quem o coordena e das equipes ali presentes, observando-se maior envolvimento e eficiência em uns e desorganização em outros. Isso encaminha uma discussão sobre o papel desempenhado pelos serviços de saúde no controle da tuberculose.

Desde o ano de 2003, a OMS vem demonstrando sua preocupação em relação à qualificação das equipes de saúde para assumirem as responsabilidades com as ações de controle da tuberculose, aspecto que representa um dos desafios para a expansão sustentável da estratégia DOTS e para o alcance das metas de detecção e cura (WHO, 2006).

Além desta questão, verificou-se falta de interação entre os profissionais de saúde e os profissionais do setor de epidemiologia, o que refletiu diretamente no banco de dados do SINAN. Neste sentido, pode-se dizer que as informações obtidas no banco de dados não eram semelhantes às colhidas nos centros de saúde. Observamos por diversas vezes deficiências no preenchimento das fichas utilizadas pelo sistema de saúde, principalmente do Livro de Registro e Controle de Tratamento, que é usado para anotar os dados de acompanhamento de cada paciente. Essa inconstância do registro é preocupante, pois pode ocasionar sub-notificação dos dados e gerar um diagnóstico equivocado da situação da saúde (Nogueira *et al.*, 2009).

Pela fala dos gerentes percebe-se que o preenchimento correto dos instrumentos de coleta de dados e formulários pelos profissionais de saúde em geral não são vistos como importantes e relevantes para o seu trabalho, e sim como extremamente burocráticos e que tomam tempo.

Sabe-se que a qualidade do sistema de informação está diretamente ligada à qualidade do preenchimento dos dados (Santos, 2007), e por isso é necessário que se façam intervenções neste panorama, capacitando os profissionais em sistemas de informação para o correto preenchimento dos instrumentos e responsabilizando-os, pois é a partir destas informações que são gerados os percentuais de cura, óbito, abandono do tratamento, entre outras informações.

A utilização descentralizada de sistemas de informação contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso a indicadores e o tornem disponíveis para a comunidade. É um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto de decisões (Ferreira, Portela e Vasconcelos, 2000).

Se a responsabilidade pelo insucesso do tratamento tem sido contabilizada ao campo institucional da saúde, alguns profissionais o reputam como sendo da ordem de decisão do paciente, associado ao perfil ou a problemas do mesmo. São numerosos os autores nacionais e internacionais que apontam a boa relação profissional de saúde/paciente como fundamental para o seguimento do tratamento (Snider, 1982; Reichman, 1987; Irurzin, Hasper e Garcia, 1990; Caminero *et al.*, 1996; Monroe *et al.*, 2007; Gomes e Sá, 2009; Souza *et al.*, 2010). Outros autores remetem à excessiva burocracia dos serviços, as filas, os horários inflexíveis e o preenchimento de formulários como dificuldades para a continuidade e conclusão do tratamento.

Portanto, para garantir a adesão ao tratamento, os gerentes e demais profissionais de saúde devem, dentre outros aspectos, estar sensibilizados para conhecer as necessidades dos pacientes. Para isso é de grande importância escutar as queixas do doente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e paciente), estabelecendo uma relação baseada no acolhimento e no vínculo (Gonçalves *et al.*, 1999). A informação acessível durante a visita domiciliar e o apoio para os deslocamentos dos pacientes também podem colaborar muito para a adesão.

Devemos lembrar que a tuberculose é um marcador social importante das precárias condições de vida das pessoas, atingindo com maior intensidade as populações marginalizadas (Santos, 2007). Este panorama foi verificado nas falas dos gerentes, onde se constatou que apesar de uma parcela dos doentes possuírem melhores condições sócio-econômicas, grande parte deles foi descrita como pessoas com baixa escolaridade, que vivem em aglomerados, presos, e principalmente alcoólatras e usuários de drogas.

Sabemos que este “perfil” não é uma regra para se contaminar com o bacilo, mas as condições de vida influenciam na propagação da doença. Por isso, associado ao cumprimento das ações do PNCT, são necessárias políticas públicas que devem atuar no contexto social, oferecendo melhores condições de moradia e de vida para a população.

Somada a esta realidade, os relatos dos gerentes revelaram que a tuberculose ainda é uma doença carregada de tabus pela sociedade e pelo próprio doente. As entrevistas nos permitiram refletir sobre um fator que é de grande importância para essa situação de estigma presente no cotidiano dos pacientes: a informação qualificada e a falta que ela faz, bem como a

necessidade de troca de experiências e maior integração entre os diversos serviços de saúde e seus profissionais.

Para que o atendimento seja mais humanizado é necessário que os profissionais de saúde se capacitem, que conheçam a fundo o processo saúde-doença, as formas de contágio e de prevenção da tuberculose.

Novamente reforçamos a necessidade do vínculo entre pacientes e equipe de saúde, que deve estar atenta aos pacientes, conhecer as suas necessidades e estar sensibilizados com a sua condição. O vínculo possui uma estreita relação com a prática de cuidados, pois ambos promovem a sintonia, troca de afetos e a apropriação de autonomias (Souza *et al.*, 2010). Por isso, é muito importante o acolhimento, a escuta e o repasse de informações de forma clara para o fácil entendimento do paciente.

Uma ferramenta que poderia ajudar na desmistificação da tuberculose é a criação de uma rede de apoio social, que contribui para o aumento da competência individual e reforça a auto-imagem (Garmezy e Masten, 1994)

É fundamental considerar que um tratamento de longa duração, mediado pela complexidade de fatores que envolvem o processo de adoecimento, requer a consideração de grande diversidade de aspectos, sejam relativos à realidade do paciente, a dos profissionais de saúde e da infra-estrutura dos serviços. Só uma análise que permita considerar todos os lados do problema poderá possibilitar maior compreensão da doença e seu tratamento e das dificuldades que se interpõem e condicionam o abandono.

Pela análise aqui empreendida, segundo os gerentes, as dificuldades que eles enfrentam no dia-a-dia são muitas e de diferentes esferas: (1) dificuldade de detecção dos casos na comunidade; (2) abandono do tratamento; (3) não comprometimento dos pacientes; (4) comorbidades associadas à tuberculose; (5) pacientes alcoólatras e/ou dependentes químicos; (6) falta de apoio da família; (7) ausência de equipe multidisciplinar no atendimento aos pacientes com tuberculose; (8) Centro de Saúde com muitos problemas para serem resolvidos; (9) falta de tempo para se dedicar às atividades de educação em saúde; (10) inexistência de programas de educação permanente para os profissionais; (11) desencontro de informação entre Centro de Saúde e GEREP.

Apesar de todos os problemas citados, algumas medidas podem ser tomadas para minimizá-los. Uma alternativa seria a promoção de educação em saúde permanente para os profissionais de saúde, para que permaneçam estimulados e atualizados, além de aumentar a sua vinculação e dos serviços com a comunidade. Neste sentido, os profissionais poderão estabelecer vínculos e criar laços de co-responsabilidade com os pacientes, que deixarão de ser vistos como os únicos responsáveis pelo seu estado de saúde (Besen *et al.*, 2007).

É urgente a necessidade de estratégias de educação em saúde para os pacientes e seus familiares. Alternativas como a realização de grupos de convivência e conversas nas salas de espera permitem que os pacientes ampliem a compreensão da sua doença e do processo de viver com a tuberculose, encorajando-os a buscarem novas estratégias para enfrentar os desafios (Souza e Silva, 2007). Estas ações são exemplos que poderiam contribuir para a adesão ao tratamento e diminuir o preconceito da doença, pois as atividades em grupos promovem a troca de experiências entre os pacientes e permitem que o ensino e o aprendizado sejam compartilhados entre todos, pacientes e profissionais de saúde.

Além disso, os centros de saúde devem disseminar informações sobre a doença e construir estratégias mais apropriadas ao problema do abandono e resistência ao tratamento ao invés de apenas fixar cartazes nas paredes e distribuir panfletos somente quando a Secretaria os disponibilizam. Ainda, a divulgação pelos canais de comunicação do que é a doença, quais são os cuidados e como é feito o tratamento associada às orientações dadas pelos profissionais de saúde são exemplos de estratégias que podem trazer resultados positivos (Souza e Silva, 2007).

Para tentar minimizar as dificuldades encontradas na detecção (e diagnóstico) dos possíveis casos de tuberculose, uma alternativa seria a criação de sistemas inteligentes de monitoramento da doença, através das tecnologias de informação e comunicação (TIC's) (Schall e Modena, 2005). Acredita-se que as TIC's podem auxiliar e ampliar ainda mais o alcance dos profissionais de saúde, pois tornam as informações mais dinâmicas e permanentemente atualizadas.

Uma das ferramentas que faz uso das tecnologias de informação e tem sido avaliada com sucesso, poderia ser utilizada para notificação e acompanhamento dos casos de abandono, com base na implantação de um sistema similar ao Monitoramento Inteligente da Dengue (MI-Dengue). Tal sistema foi criado após a observação das dificuldades que envolvem os processos de campo de localização da infestação do mosquito e é constituído por um conjunto de ferramentas que permitem a captura e identificação do mosquito, com gravação e envio de dados em planilhas eletrônicas, fornecendo índices entomológicos on-line na internet, para orientar as atividades de controle vetorial pelos gestores municipais de saúde.

As vantagens deste sistema, que também poderiam ser observadas no manejo do abandono do tratamento e no seu acompanhamento são: utilização de um sistema de gravação de dados eletrônicos em vez de planilhas de papel, poupando tempo, além de simplificar o processamento dos resultados, acesso imediato aos dados dos pacientes, produção automática dos índices e organização e controle do trabalho dos ACS.

Seja qual for o sistema de informação empregado, a sua utilização descentralizada contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso a indicadores e os tornem disponíveis para a comunidade. É um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto de decisões (Ferreira, Portela e Vasconcelos, 2000).

Entretanto, apesar de todas as ferramentas utilizadas, é muito importante que elas sejam associadas às ações de educação em saúde e de mobilização social, de forma que a assistência ao paciente seja integrada à família e aos profissionais de saúde.

Sabe-se dos riscos de vieses no discurso dos gerentes, condicionados a uma fala oficial e a um suposto compromisso com a qualidade do centro de saúde sob sua responsabilidade. Contudo, temos que destacar a sua relevância, pois além das funções de planejamento, coordenação, direção e controle dos serviços para viabilizar políticas e alcançar objetivos e metas, os gerentes também são responsáveis pela mobilização e comprometimento dos profissionais na organização e produção de serviços e ações para atender às necessidades da população (Junqueira, 1990; Passos e Ciosak, 2006; Ferreira, 2004).

E como acima discutido, a convergência de muitos dos relatos dos entrevistados com dados de outros estudos presentes na literatura, reforça a consistência dos resultados e o diagnóstico da situação do abandono do tratamento que o presente estudo pretendeu analisar sob a ótica dos profissionais de saúde, sugerindo indicações de alternativas que se fazem necessárias e urgentes para o encaminhamento de melhorias no controle da doença.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu JLN. Das enfermidades e dos saberes sobre o corpo dos africanos no Brasil: historiografia, práticas e apropriações. *História e Perspectivas* 2005; 32(33):179-194.

Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Salustiano A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 9(6):368-374.

Antonaccio R. Tuberculose Pulmonar: Do descuido ao abandono do tratamento [dissertação]. Belo Horizonte(MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edição revisada e atualizada. Portugal: Edições 70; 2009.

Barnhoorn F, Adrianse H. Search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Warha District. *Social Science and Medicine* 1992; 34:291-306.

Bergel FS, Gouveia N. Retornos freqüentes como nova estratégia para a adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev Saude Publica* 2005; 39(6):898-905.

Bertolozzi MR. Adesão ao Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 1998.

Besen CB, Netto MS, Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Sociedade* 2007 jan-abr; 16(1):57-68.

BRASIL – Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reunião de Avaliação operacional e epidemiológica de PNCT na década de 80. Documento básico, *Bol Pneumol Sanit*, n especial, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Controle da Tuberculose: Diretrizes e Plano de Ação Emergencial para os Municípios Prioritários. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Pneumologia Sanitária. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Manual de Normas para o Programa de Tuberculose. 3. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Pneumologia Sanitária. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose: Informações para agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- Caldas AJM, Queiroz LS. Causas do abandono ao tratamento de tuberculose em São Luis – MA. *Nursing* 2000; 3(21): 13-15.
- Caminero JA, Pavón JM, Rodríguez de Castro F, Díaz F, Julià G, Caylá JA, et al. Evaluation of a directly observed six months fully intermittent treatment regimen for tuberculosis in patients suspected of poor compliance. *Thorax* 1996; 51(11):1130-3.
- Campos MLC et al. Tuberculose. *Revista Brasileira de Medicina* 2000 jul; 57(6):505-518.
- Campos CJG, Turato EG. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 março-abril; 17(2).
- Candeias N. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública* 1997; 131(2):207-213.
- Candeias NMF, Marcondes RS. Diagnostico em Educação e Saúde: Um Modelo para Analisar as Relações entre Atitude e Prática na Área de Saúde Pública. *Rev. Saúde Pública* 1979; 13:63-68.
- Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm* 2006 Out-Dez; 15(4):679-84.
- Carvalho NT. Causas do abandono de tratamento antituberculose pulmonar: identificação através da visita domiciliar [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1986.
- Cintra F, Costa V, Tonussi J, Jose N. Avaliação de programa educativo para portadores de glaucoma. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32(2):172-177.
- Coetzee N, Yach D, Joubert G. Crowding and alcohol abuse as risk factors for tuberculosis in the Mamre population. *S. Afr. Med. J.* 1998; 74:352-354.
- Daniel TM. Tuberculose. In: Wilson JD *et al.* Harrison Medicina Interna. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.
- Dick J, Lombard C. Shared vision: a health education project designed to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. *Int J Tuberc Lung Dis* 1997; 1(2):181-6.
- Dye C *et al.* Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance Monitoring Project. *JAMA* 1999; 282:677-86.
- Eiras AE, Resende MC. Preliminary evaluation of the "Dengue-MI" technology for Aedes aegypti monitoring and control. *Cad. de Saúde Pública* 2009; 25(1):S45-S58.
- Ferreira AS. Competências gerenciais para Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(1):69-9.
- Ferreira VMB, Portela MC, Vasconcelos MTL. Fatores associados à subnotificação de pacientes com Aids, no Rio de Janeiro, RJ, 1996. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):170-7.

Ferrer X, Kirschbaum A, Toro J, Jadue J, Muñoz M, Espinoza A. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. *Bol Oficina Sanit Panam* 1991; 111(5):423-431.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.

Garmezny N, Masten A. Chronic adversities. In: M Rutter, E Taylor, L Herson, editores. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell; 1994. p.191-207.

Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde. Pública* 1999; 15(4):777-87.

Gonçalves, MJF. Incidência de Tuberculose por Município, Brasil – 2001-2003: Uma Abordagem Sobre o Programa de Controles e Fatores Determinantes da Doença [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado de Rio de Janeiro; 2007.

Gomes ALC, As LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 46(2):365-72.

Gutierrez RS *et al.* Tuberculose. In: Silva LCC. *Compêndio de Pneumologia*. 2 ed. São Paulo: Fundação Editorial, 1991.

Hayes-Bautista D. Modifying the treatment: patient compliance, patient control and medical care. *Social Science and Medicine* 1976; 10:233-238.

Hijjar MA, Oliveira MJPR, Teixeira GM. A Tuberculose no Brasil e no Mundo. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 2001 jul/dez; 9(2):9-16.

Hijjar MA, Procópio MJ, Freitas LMR, Guedes R, Bethlem E. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão RJ* 2005; 14(4):310-314.

Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Efird RL. Medication use and misuse: physician-patient discrepancies. *Journal of Chronic Disease* 1975; 28(1):7-21.

Iseman MD *et al.* Tuberculosis. In: Bennet JC, Plum F, editors. *Cecil Textbook of Medicine*. 20 ed. Philadelphia: Saunders Company; 1996.

Irurzin RN, Hasper I, Garcia LE. Retratamiento por tuberculosis, incumplimiento del tratamiento anterior y su relación com el mismo. *Rev Argentina del Tórax* 1990; 51:17-30.

Junqueira LAP. Gerência dos serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 1990; 3(6):247-59.

Khan A, Walley J, Newell J, Imdad N. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. *Soc Sci Med* 2000; 50(2):247-54.

Kritski AL, Ruffino-Netto A. Health sector reform in Brazil on tuberculosis control. *Int. J. Tbercle Lung Dis* 2000; 4(7):622-626.

Liefoghe R, Michiels M, Habib S, Moran MB, Muynck A. Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patient in Sialkot, Pakistan. *Social and Medicine* 1995; 41(12):1685-1692.

Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Brum LM, Scola ML, Buogo M. Educação em Saúde: Um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. *Rev HCPA* 2007; 27(2):25-27.

Mejia JM, González EC. Abandono del tratamiento antituberculoso. Factores asociados. *Rev Med IMSS* 1995; 33:481-485.

Melo FAF, Hijjar MA. Tuberculose. In: Veronesi R, Focaccia R Tratado de Infectologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2004. 984p.

Mendes, MCT. A clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Menezes AMR, Costa JSD, Gonçalves H, Saul SM, Marcelo M, Soila L, Ricardo KO, Palma E. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(1):50-60.

Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública* 2006 junho; 22(6):1335-1342.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.

Minayo MC, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Pública* 1993 jul/set; 9(3):239-262.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de normas técnicas, estrutura e operacionalização. Brasília (DF). 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS. Ano 1, n.1, agosto 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015. Brasília, outubro 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tuberculose – Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

Monroe AA, Gonzáles RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da Tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):p.262-7.

Muniz JN, Villa TCS, Monroe AA, Hino P. Construindo e organizando a prática do Tratamento Supervisionado no controle da Tuberculose. *Espaço Saúde (Periódico na*

Internet), 2001. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/download_artigos1.htm

Nogueira JA, Sa LD, França UM, Almeida SA, Lima, DS, Figueiredo TMRM, Villa TCS. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1):125-31.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* 2002 nov/dez; 18(6):1639-1646.

Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. *Rev. Brasileira em Enfermagem*. 2004; 57 (6):761-763.

Oliveira HB, Moreira FDC. Abandono de tratamento e recidiva da Tuberculose: Aspectos de Episódios Prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-94. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(5):437-43.

Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(2):205-13.

Passos JP, Ciosak SI. A cocepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):464-8.

Pearson ML, Jereb JA, Frieden TR, Crawford JT, Davis BJ, Dooley SW, Jarvis WR. Nosocomial transmission of multidrug-resistant *Mycobacterium tuberculosis*: a risk to patients and health care workers. *Annals of Internal Medicine* 1992; 117(3):191-6.

Pereira WSB, Lima CB. Tuberculose: Sofrimento e Ilusões no Tratamento Interrompido. *Rev. Bras. Enfermagem* 1999; 52(2):303-318.

Perini EA. O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 1998.

Pôrto A. Representações Sociais da Tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(S1):43-49.

Pozsisk CJ. Compliance with tuberculosis therapy. *Medical Clinics of North America* 1993; 77:1289-1301.

Reichman LB. Compliance in developed nations. *Tubercle* 1987; 68:25-29.

Rezende EM. Análise Multidimensional de Causas de Óbitos Humanos, em Belo Horizonte, no ano de 1998 [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

Ritaco V, Leão SC, Palomino JC. Tuberculosis 2007. From Basic Science to Patient Care. 1 ed. 2007. Disponível em <www.tuberculosisTextbook.com> Acesso em: 25 jun. 2007.

Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *ALEA* 2005 julho-dez; 7(2):305-322.

Rosemberg J. Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. *Bol. Pneumol. San.* 1999; 7(2):6-29.

- Rouillon A et al. Problems in organizing effective ambulatory treatment of tuberculosis patients. Motivation Word Conference Moscow 1971. IUAT Bulletin 1972; 47:68-82.
- Ruffino-Neto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. Informe Epidemiológico do SUS 2001; 10(3):129-138.
- Ruffino-Neto A. Tuberculosis: the neglected calamity. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2002 Jan-Fev; 35(1):51-8.
- Sa LD, Saouza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da Tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto Contexto Enferm. 2007 Out-Dez; 16(4):712-8.
- SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. Rev Saúde Pública 2007; 41(S1):89-94.
- Sasaki CM, Arcênio RA, Junior MLC, Palha PF, Gonzáles RIC, Villa TCS. Tempo de tratamento de pacientes inscritos no programa de controle da tuberculose. Ribeirão Preto – SP (1998-1999). Boletim de Pneumologia Sanitária 2002; 10(2):27-34.
- Schall VT, Modena CM. As novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde. In: Maria Cecília de Souza Minayo, Carlos E. A. Coimbra Jr., Organizadores. Críticas e Atuantes - Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005, p. 245-255.
- Snider DE. Reseña sobre el cumplimiento de lãs prescripciones em los programas de la tuberculosis. Bolotin de la Unión Internacional de la Tuberculosis 1982; 57:255-260.
- Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. Revista Brasileira de Enfermagem 2007; 60(5):590-5.
- Souza KMJ, Sa LD, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(4):904-11.
- Teixeira IA. Incidência da Tuberculose, Índice de Desenvolvimento Humano e Indicadores de Vulnerabilidade Familiar. Região Metropolitana de Belo Horizonte: uma abordagem multivarida [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- Turato ER. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições, Diferenças e Seus Objetos de Pesquisa. Rev. Saúde Pública 2005; 39(3):507-514.
- Vendramini SHF. O Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto sob a Percepção do Doente [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
- Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. Boletim de Pneumologia Sanitária 2002; 10(1):5-12.

Vendramini SHF, Villa TCS, Cardozo-Gonzales RI, Monroe AA. Tuberculose no idoso: análise do conceito. Rev Lat Am Enferm 2003; 11(1):96-103.

WHO. World Health Organization. Tuberculosis in the present time: A global overview of the tuberculosis situation. 1991.

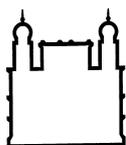
WHO. World Health Organization. Stop TB Partnership and world health organization. Global Plan to Stop TB 2006–2015. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35).

WHO. World Health Organization. The Stop TB Department. WHO Report 2008: Global Tuberculosis Control – Surveillance, planning, financing. 2008.

<www.ibge.gov.br> Acessado em: 28 jul. 2008.

<www.pbh.gov.br/smsa> Acessado em: 28 jul. 2008.

9 APÊNDICES



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente



ROTEIRO PARA ENTREVISTA GERENTES e/ou ENFERMEIROS

* Iniciar a entrevista apresentando o profissional que será entrevistado

1- Desde quando você trabalha na área de saúde? E neste centro de saúde? E como gerente?

2- Como é a demanda de tuberculose no centro de saúde?

* Tentar saber este dado numericamente. Quantos casos e quantos abandonos têm por mês e por ano.

3 - Os pacientes estão localizados em alguma área / região / equipe?

4- Essas áreas são precárias, de risco?

5- Esses pacientes são notificados na Secretaria de Saúde?

* Verificar se o centro de saúde possui algum dado de notificação destes pacientes e se eu posso ter uma cópia

6- Existem registros / relatórios / documentos dos pacientes (casos de TBC) no centro de saúde que mostram o seu diagnóstico, acompanhamento, situação de abandono?

* Perguntar se eu posso ter acesso a esses documentos para ter os dados numéricos

7- Como é o histórico familiar do paciente? Ele possui família: filho, esposo, esposa, etc ou é sozinho ou foi abandonado.

8- Como é a relação do paciente com a família?

9- Como é o comportamento dos pacientes?

10- Você sabe de onde vêm os casos de TBC? Tem a ver com o histórico de vida do paciente?

11- Há casos de contaminação de outras pessoas que moram na mesma casa?

12- Há casos de pacientes que mudam de centro de saúde?

13- Como é a questão do tratamento neste centro de saúde.

14- Há casos de resistência ao tratamento?

15- Como o centro de saúde aborda o paciente para que ele faça o tratamento corretamente?

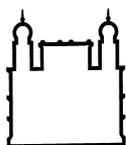
16- O centro de saúde realiza o tratamento supervisionado?

17- Como o paciente encara / reage ao tratamento supervisionado?

18- Existe relato de preconceito/estigma/vulnerabilidade social?

- 19- Existe associação entre o abandono do tratamento e o consumo de bebida alcoólica?
- 20- Vocês possuem alguma atividade além do tratamento? Por exemplo, produção e distribuição de material educativo, realização de oficinas.
- *Solicitar exemplares dos materiais utilizados
- 21- Quais dificuldades vocês enfrentam?
- 22- Que estratégias são utilizadas por vocês para tentar solucionar estas dificuldades?
- 23- O centro possui um psicólogo para fazer acompanhamento psicológico com os pacientes e familiares?
- 24- Vocês trocam experiências com outros centros de saúde que possuem os mesmos problemas?
- 25- E como vocês vêem as políticas públicas do governo?

APÊNDICE B – Caracterização Profissional



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente



CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Entrevistado (A).....

Endereço:

Telefone:

Data:/...../.....

Centro de Saúde / Regional.....

Dados Pessoais:

Data de Nascimento:/...../.....

Idade:

Sexo: Masculino () Feminino ()

Formação:

Formação Acadêmica:

Data Formação:/...../.....

Pós-graduação: Aperfeiçoamento ()

 Especialização ()

 Doutorado ()

 Mestrado ()

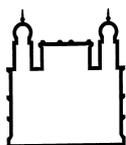
 Pós-doutorado ()

Em quê:

Tempo de trabalho na área da saúde:

Tempo de trabalho neste Centro de Saúde:

Tempo de trabalho nesta função:



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Gerente e/ou Enfermeiro

_____ você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa “TUBERCULOSE PULMONAR: ESTUDO DO ABANDONO DO TRATAMENTO NA VISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE” que tem como objetivo analisar o pensar e o agir dos pacientes com tuberculose pulmonar na perspectiva da não adesão e do abandono do tratamento, e elaborar estratégias educativas com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento.

Para investigar a não adesão e o abandono do tratamento da tuberculose, realizaremos a caracterização do profissional através de um questionário e uma entrevista. Durante estes procedimentos você não será exposto a nenhum risco, porém se você sentir algum desconforto ou constrangimento durante a entrevista, você poderá deixar de participar do estudo.

O questionário será composto por itens como dados pessoais, idade, formação acadêmica, tempo de trabalho na área de saúde e no centro de saúde, quanto tempo está na gerência do centro de saúde e será preenchido pelo pesquisador responsável de acordo com a resposta dada por você ou por você. A entrevista será na forma de uma conversa, onde será investigada a situação da tuberculose na área abrangente pelo centro de saúde, suas causas, a gravidade da doença, o tratamento, a questão do abandono e do estigma da doença.

Para garantir a sua privacidade e o sigilo das informações, você não será identificado e todos os dados obtidos nesta pesquisa serão considerados confidenciais. Ainda, além dos pesquisadores responsáveis, somente você terá acesso a sua entrevista.

Você poderá retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento sem nenhuma penalização ou prejuízo.

Como não há previsão de gastos, não haverá ressarcimento das despesas. Entretanto, caso você tenha algum gasto com deslocamento para a realização das entrevistas, este valor será devolvido integralmente.

Para esclarecer qualquer dúvida você poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa: Professora Virgínia Torres Schall (pesquisador orientador) ou Ana Paula B.

Wendling Lara (pesquisador responsável), no Centro de Pesquisa René Rachou, Laboratório de Educação em Saúde (3349.7741) na Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto, CEP: 30190-002, Belo Horizonte – MG.

Ainda, para qualquer informação você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (3277.5309 ou 3277.7768) na Av. Afonso Pena, 2.336 9º andar – Bairro Funcionários, CEP: 30130-007, Belo Horizonte – MG.

Eu _____, abaixo assinado, manifesto livremente a minha vontade de participar do referido projeto. Declaro que fui devidamente esclarecido e compreendi todas as informações e condições que constam do documento “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO”, de que trata o Projeto de Pesquisa intitulado “TUBERCULOSE PULMONAR: estudo do abandono do tratamento na visão de profissionais de saúde” especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetido, aos riscos e aos benefícios.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20__.

Voluntário

Pesquisador Orientador

Pesquisador Responsável