

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

HERMES CANDIDO DE PAULA

O Abandono do Tratamento da Tuberculose na Estratégia
Saúde da Família: Um Estudo Qualitativo em Uma Área
Programática do Município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2011

HERMES CANDIDO DE PAULA

O Abandono do Tratamento da Tuberculose na Estratégia
Saúde da Família: Um Estudo Qualitativo em Uma Área
Programática do Município do Rio de Janeiro

**Dissertação Apresentada a Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.**

**Orientadora: Prof^a Dr^a Adriana Cavalcanti
de Aguiar.**

Rio de Janeiro

2011

P324 Paula, Hermes Candido de
O abandono do tratamento da tuberculose na
estratégia saúde da família : um estudo qualitativo
em uma área programática do município do Rio de
Janeiro / Hermes Candido de Paula. – Rio de
Janeiro, 2011.
100 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)–
Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Tuberculose, Tratamento. 2. Estratégia Saúde
da Família 3. Rio de Janeiro (RJ) I. Título

CDD 616.995



Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**O ABANDONO DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE:
ESTUDO QUALITATIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA ÁREA
PROGRAMÁTICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

elaborada por

HERMES CANDIDO DE PAULA

e aprovado por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 11 de abril de 2011.

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Adriana Cavalcanti de Aguiar

Presidente

Universidade Estácio de Sá



Prof. Dr. Haroldo José de Matos

Universidade Estácio de Sá



Profª Drª Rossana Coimbra Brito

Hospital dos Servidores do Estado

Dedico este trabalho aos meus pais, Jotalino e Umbelina que apesar dos atropelos que nos separam foram muito importantes na minha vida durante suas existências entre nós (in memórian).

Aos meus irmãos: Zenaide, Helio, José Carlos, Rogério, Josefa, Cristina Teresa e Noildo que são meus bens maiores nesta vida.

Ao meu grande amigo Eugênio Carlos que um dia deu o passo inicial para que minha vida mudasse e foi o maior arquiteto para eu chegasse à academia e me tornasse o ser humano que sou hoje. Jamais me esquecerei do bem que me fez e ainda que eu tenha mil vidas e em todas eu te agradecesse ainda assim faltaria gratidão para demonstrar.

Dedico a vocês este trabalho por fazerem parte da minha história...

Obrigado por existirem!

AGRADECIMENTOS

A Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, pelo auxílio concedido por meio de bolsa de mestrado.

A Daniel Soranz, Subsecretário de saúde da Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro que lutou com os mestrandos servidores para que a bolsa de mestrado concedida fosse uma realidade.

A Prof^a. Dr^a Adriana Cavalcanti de Aguiar que esteve ao meu lado na construção deste trabalho e com sua sabedoria elucidou minha mente para superação dos obstáculos em construí-lo, demonstrando incansável diante das adversidades que surgiram e foram dissipadas pela sua maestria.

A Prof^a. Dr^a. Rossana Coimbra Brito que aceitou gentilmente fazer parte da construção deste trabalho como convidada para banca de defesa e que com suas sabias orientações foi possível aprimorá-lo.

Ao Prof. Dr. Haroldo José de Matos que com sabedoria contribuiu também para que este trabalho fosse realizado.

A todos os professores do mestrado que foram protagonistas para que um dia eu pudesse me tornar um mestre e me ensinaram que ainda assim eu preciso muito trilhar outros caminhos em busca do saber.

Ao todos os colegas de mestrado que com o decorrer do tempo se tornaram amigos e irmãos. Em especial a Lícia Magna que com sua sabedoria me ajudou com algumas orientações e a Márcia Reis que incansavelmente e com sabedoria lutou para que o sonho da bolsa do mestrado fosse concretizado.

A Ângela Marta Longo que desde início do mestrado esteve ao meu lado me apoiando e me ajudando com suas sabias orientações e capacidade de me acalmar nas horas difíceis.

A Ismael colega de labor que muito também contribui com suas inteligentes e proveitosas orientações.

A Leila Marino, Coordenadora da Área Programática 5.3 que é um presente de Deus na vida daqueles que tem o privilégio de serem liderados por essa mulher que traduz garra, sabedoria, determinação e gentileza. Obrigado pela liberação da carga horária parcial quando se tornou necessária para meus estudos.

Ao Marcelo Barboza, Assessor da Coordenação da Área Programática 5.3 que aliado à capacidade de se mostrar sereno em meio aos problemas difíceis no cotidiano laboral é um ser dotado de sabedoria e compreensão. Meus agradecimentos também pela liberação da carga horária para meus estudos.

A Jorge Haut Neto Gerente da unidade a qual desenvolvo minhas atividades como Enfermeiro, que sempre acreditou em mim e me ajudou nos momentos que precisei me ausentar para dar andamento a este trabalho.

A Luis Felipe, médico integrante da equipe Estratégia Saúde da Família, da qual faço parte no cotidiano de trabalho, que muitas vezes conduziu os processos de trabalho na minha ausência e sempre me apoio e incentivou. Aos demais médicos da unidade: Mauro, Rafael, Lidiane e Mônica. Muito obrigado também por terem me apoiado e ajudado nesta trajetória

As Enfermeiras e colegas de labuta: Márcia Negreiros, Dione Dutra, Karla Galvão e Kássia Reis que assistiram meus pacientes e lideraram minha equipe de Agentes Comunitários de Saúde nos momentos de ausência que foram necessários em virtude do mestrado.

A Técnica em Enfermagem Jussara que está sempre ao meu lado no cotidiano de trabalho e que algumas vezes a desprovi da minha assistência no trabalho em decorrência do mestrado e por esse motivo se apresentou sempre muito competente para conduzir os problemas da nossa equipe. Meus agradecimentos também às demais técnicas: Delma, Kátia, Rosangela e Claudia por terem me auxiliado nos momentos de ausência.

Aos meus colegas de trabalho da Coordenação da Área Programática 5.3 Gabriela, Carmen Lúcia, Flávio, Ana Carla Bicaco, Ana Conceição, Niria, Mônica, Paula Brandão, Cilene e Ana Claudia que me incentivaram e apoiaram na trajetória do mestrado.

A todos os profissionais das equipes saúde da família da Área Programática 5.3 que me ajudaram durante a pesquisa de campo. Em especial agradecimentos aos Agentes Comunitários de Saúde que foram meu cartão de visita e meus passos para que eu pudesse entrevistar os pacientes.

Aos pacientes que sofrem com o flagelo da tuberculose e ainda assim gentilmente fizeram parte importante deste trabalho e sem os quais eu não tinha o desenvolvido. A todos que indiretamente ou diretamente que me tocaram, me ouviram me olharam com ternura e se fizeram importante durante a construção deste trabalho. Muito obrigado de coração.

E não poderia deixar de agradecer a Deus que sempre faz brotar em mim uma força estranha que me faz prosseguir e me fez chegar até aqui onde eu jamais imaginei que meus passos poderiam chegar...

“Tempo virá em que uma pesquisa diligente e contínua esclarecerá aspectos que agora permanecem escondidos”... Tempo virá em que os nossos descendentes ficarão admirados de que não soubéssemos particularidades tão óbvias a eles... Muitas descobertas estão reservadas para que os virão, quando a lembrança de nós estiver apagada. O nosso universo será um assunto sem importância, a menos que haja uma coisa a ser investigada a cada geração...

“A natureza não revela seus mistérios de uma só vez”.

Sêneca Problemas naturais – Livro 7, século I.

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar a percepção sobre o adoecimento, atenção recebida e abandono do tratamento da tuberculose pelos pacientes acompanhados pelas equipes saúde da família da AP 5.3, do município do Rio de Janeiro e intitulada o abandono do tratamento a tuberculose na Estratégia Saúde da Família: um estudo qualitativo em uma Área Programática do município do Rio de Janeiro.

As situações de abandono do tratamento por essa população inserida no cenário de estudo eleito traduzem desafios constantes para as equipes que atuam nesta localidade para levarem a cabo ou pelo menos minimizarem os problemas relacionados à doença.

A tuberculose é uma doença antiga que acompanha a humanidade desde seus primórdios, mas que ainda na atualidade traduzem em sofrimento humano para grande contingente populacional do planeta. Especificamente para os mais empobrecidos e que parecerem negligenciados nos aspectos que tange a doença e os condicionantes que favoreçam o abandono do tratamento. A Organização Mundial de Saúde em 1993 considerou a doença em estado de emergência no mundo, voltando os olhares para tentar minimizar uma tragédia anunciada que tem dizimado milhares de vidas.

Atuando na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, como Enfermeiro estatutário há cerca de oito anos, sempre prestei assistência aos pacientes com tuberculose e havia certa inquietação que me incomodava em relação às altas taxas de abandono. Questionava sempre o fato dos pacientes

serem assistidos por equipes interdisciplinares na Estratégia Saúde da Família com a gratuidade dos medicamentos e exames e ainda assim negligenciarem o processo de busca pela cura.

Essa inquietude sempre me despertou interesse por entender o que havia de fato entre os pacientes, os serviços de saúde e as condições de vida que os levassem a não conseguirem a cura devido ao abandono de tratamento. Informalmente coletei dados que elucidassem tais nuances e através dos trabalhos de outros pesquisadores na busca para responder tais questionamentos me embasei de certo conhecimento acerca de tais problemas.

No entanto, avaliei a importância de investigar o problema de forma mais aprofundada na área onde atuo como profissional, haja vista que são altas as taxas de abandono nesta localidade. Deste modo propus este trabalho na academia para entender tais aspectos relacionados ao fenômeno em investigação e que este trabalho pudesse nortear ações para melhoria da assistência dos pacientes adoecidos e melhorar também o Programa de Controle da Tuberculose na referida área.

Espero que este trabalho alcance tais objetivos e que sirva de base para outros pesquisadores que trilham o mesmo caminho com seus estudos voltados para o combate à tuberculose.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma Área Programática do município do Rio de Janeiro. Teve como objetivo geral investigar a percepção sobre o adoecimento, atenção recebida e abandono de tratamento da tuberculose pelos pacientes acompanhados pelas equipes de profissionais da Estratégia Saúde da Família. Participaram do estudo treze pacientes que se encontravam em abandono do tratamento entre os anos de 2007 a 2010. Foram utilizados como fonte de dados para identificação dos sujeitos do estudo os Livros de Registros de controle Pacientes fornecidos pelo Ministério da Saúde. Os dados primários foram obtidos com os entrevistados no momento da coleta. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado. Para análise de dados procedeu-se à organização sistemática das entrevistas mediante transcritas na íntegra, seguida de leitura flutuante do material. Os resultados apontaram que o abandono do tratamento sobre a percepção dos sujeitos do estudo esteve ligado às características biológicas do agente etiológico e da patologia, mas também ao processo social no qual estas famílias e comunidades estão enredadas. Esteve também relacionado à maneira de como estas equipes desenvolvem seus processos de trabalho para o tratamento e controle da doença. O estudo também aponta a necessidade de estas equipes serem capacitadas para lidarem com os fenômenos o qual apresentaram dificuldades e de ferramentas para os auxiliarem, bem como medidas proativas de Políticas Públicas que contemplem esta população em todos os aspectos, principalmente os que extrapolam o fenômeno fisiopatológico. Mostrou também a necessidade destas equipes utilizarem como ferramentas a intersetorialidade que podem fazer parte da construção da busca para minimizar o abandono no tratamento por parte destes indivíduos.

Palavras chave: Tuberculose. Abandono de tratamento. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This is a descriptive study with a qualitative approach, realized in a Programmatic Area in Rio de Janeiro City. It had as its main goal investigating the perception of the process of falling ill by tuberculosis patients accompanied by the Family Healthcare Professional Team, the attention they got and their treatment abandonment. Thirteen patients who had abandoned the treatment between the years of 2007 and 2010 have participated of the study. The Patient Control Register Books supplied by the Healthcare Ministry were used as database for the identification of the objects of study. The primary database was obtained with the people interviewed in the moment of the collecting. Individual interviews with a semi-structured itinerary were used. For the analysis of the data the interviews were systematically organized by full transcription, followed by the oscillatory reading of the subject. Results pointed out that abandonment of treatment about the perception of the people who were object of study was connected not only to the biological characteristics of the etiologic and pathologic agent, but also to the social process in which such families and communities were inserted. It was also related to the manner which these teams developed their working process for the treating and controlling of the illness. The study also points the need of these teams to be capacitated to deal with the issues that presented difficulty and also the need of tools to aid them, as well as measures articulated by Public Policies which contemplate that population in all aspects, especially those beyond the pathophysiological phenomenon. It also showed the need these teams have to use as tool the intersectoriality that may be part of the

construction of the search to minimize the abandonment of the treatment concerning these individuals.

Key words: Tuberculosis. Treatment abandonment. Family Healthcare Program.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1:** Mapa Mundi com os 22 países onde estão concentrados 80% dos casos de tuberculose no mundo..... 28
- FIGURA 2:** Mapa do Brasil com o total de casos de tuberculose e taxa de incidência por estados..... 30
- FIGURA 3:** Mapa do Rio de Janeiro, destacando os 32 municípios prioritários no controle da tuberculose com legenda de incidência..... 31
- FIGURA 4:** Mapa das Áreas de Planejamento de Saúde e Regiões Administrativas do Rio de Janeiro..... 36

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Números de casos de tuberculose notificados no município do Rio de Janeiro, 1998-2007..... 32

TABELA 2: Situação de encerramentos dos casos no município do Rio de Janeiro, 2005-2006..... 33

TABELA 3: Responsabilidades e atividade das Equipes da ESF no controle da tuberculose..... 40

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Coeficiente de incidência de tuberculose por AP de residência no município do Rio de Janeiro no ano de 2008..... 36

LISTA DE SIGLAS E ABREVEATURAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Art – Artigo

Apud – Palavra Latina que Significa Citado Por

AP 5.3 – Área Programática 5.3

BAAR – Bacilo Álcool- Ácido resistente

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

BK – Bacilo de Koch

BK - – Bacilo de Koch negativo

BK + - Bacilo de Koch positivo

CMS – Centro Municipal de Saúde

CRAS – Centros de Referência da Assistência Social

DSS – Determinantes Sociais a Saúde

DOTS – Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado - Directly Observed
Therapy Short Course Strategy

E – Etambutol

Et – Etionamida

Et. al – Palavra Latina que Significa Outros

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

H – Isoniazida

In – Palavra Latina que Significa em

IPP – Instituto Pereira Passos

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INTOL – Intolerância

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDS – Índice de Desenvolvimento Social

MS - Ministério de Saúde

MRJ – Município do Rio de Janeiro

Nº - Número

NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NOAS - Normas Operacional Básica da Assistência à Saúde

OS – Organização Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPD – Derivado Purificado de Proteína ou Purified Protein Derivate

PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT/SESDEC/RJ – Programa de Controle de Tuberculose da Secretária Estadual e

Defesa Civil do Rio de Janeiro

PSF – Programa Saúde da Família

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento das Comunidades

RA – Retratamento Após Abandono

RS – Rio Grande do Sul

RJ – Rio de Janeiro

R – Rifampicina

SMSDCRJ – Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

SINAN – Sistema de Informação e Agravos de Notificação

SR – Sintomático Respiratório

SESRJ – Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

TB – Tuberculose

TOX – Toxidade

TDO – Tratamento Diretamente Observado

USF – Unidade Saúde da Família

UPPS – Unidades de Polícia Pacificadora

VS – Vigilância em Saúde

VDS – Visita Domiciliares

www – world wide web – Rede de alcance mundial – conjunto de servidores que

“falam” http e armazenam informações

Z – Pirazinamida

% - Percentual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Tuberculose: aspectos gerais sobre diagnóstico e tratamento	24
2 EPIDEMIOLOGIA	27
2.1 A Tuberculose no Mundo	27
2.2 A Tuberculose no Brasil	29
2.3 A Tuberculose no Município do Rio de Janeiro	31
2.4 A Tuberculose nas Unidades Saúde da Família da Área Programática ...	33
3 POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE NO BRASIL: LIMITES E POSSIBILIDADES	37
4. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EIXOS INTEGRADORES PARA MELHORIA DAS AÇÕES NO CONTROLE DA TUBERCULOSE	39
5. FATORES DE ABANDONO DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE	43
6 OBJETIVO DO ESTUDO	46
7 METODOLOGIA	47
7.1 Tipo de Pesquisa.....	47
7.2 Descrição do cenário de estudo	49
7.3 Fontes de dados e população de estudo	51

8 RESULTADOS	53
8.1 Alguns Elementos das Observações do Cenário de Pesquisa.....	53
8.2 Perfil Socioeconômico e Contexto de Vida dos Sujeitos da Pesquisa	56
8.3 Discussão do Contexto de Vida	58
8.4 Percepções Acerca dos Motivos do Adoecimento, do Diagnóstico e da Atenção Recebida	63
8.5 Discussão Sobre as Percepções Acerca dos Motivos do Adoecimento, do Diagnóstico e da Atenção Recebida	67
8.6 Compreensão Sobre o Abandono do Tratamento e sugestões para Melhorar o Programa de Controle da Tuberculose	72
8.7 Discussão Sobre a Compreensão do Abandono do Tratamento	75
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	94

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das enfermidades mais antigas conhecida pela humanidade que afeta o homem desde a pré-história (ROSEN, 1994). A janela que nos permite olhar para o passado, mostra-nos ser epidemiologicamente de difícil controle em decorrência de seus aspectos clínicos relacionados ao modo de transmissão de seu agente causal aos indivíduos expostos.

Equivocadamente, considerou-se controlada nos anos 80, em vários países pelas Políticas Públicas de Saúde em decorrência do desenvolvimento econômico e melhoria das condições de moradias; Tal aspecto trouxe prejuízos imensuráveis a seu controle, ocasionando sua recrudescência como problema de saúde pública. Anterior a esse momento, houve declínio da incidência da doença, deste modo, a falta de preocupação tornou-a uma enfermidade reemergente (GRASEFF, 2007). Diante disto, em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretou em estado de emergência mundial, pois até este momento havia deixado de ser prioridade e ocorriam surtos de tuberculose multirresistente¹ inclusive em países de primeiro mundo (HIJJAR et al, 2005).

Com todo avanço da ciência e da tecnologia, mesmo após 100 anos da descoberta do *Mycobacterium tuberculosis* por Robert Koch (WHO, 2008), ainda se observa um cenário desolador em vários países: indivíduos diagnosticados abandonam o tratamento e tornam-se fontes bacilíferas, disseminando a doença entre as pessoas que com ele têm contato² e que correm o risco de se tornarem multirresistentes às drogas.

É inquietante o fato de tantos pacientes negligenciarem o tratamento, mesmo que saibam das complicações que a doença ocasiona para a saúde. Ademais, cabe ainda questionar por que apesar de existir políticas de saúde que garante o acesso aos serviços de saúde e a gratuidade dos medicamentos ainda se observam no Brasil indicadores com altas taxas de abandono e de mortalidade.

Responder tais questionamentos implica em compreender a realidade cotidiana dos pacientes e entender os fatores motivacionais que os fizeram

¹ Considerada pelo Ministério da Saúde resistência a pelo menos dois medicamentos, rifampicina e isoniazida (BRASIL, 2010).

² Toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o portador da doença no momento do diagnóstico. Esse convívio pode ocorrer em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola (BRASIL, 2010).

abandonar o tratamento. Há vasta literatura epidemiológica que investiga as possíveis causas para o abandono (LONGO, 2009; LIMA et al, 2000; MENDES; FENSTERSEILER, 2004).

São escassos, por outro lado, estudos de natureza qualitativa, que aprofundem o significado da doença, do tratamento e de seu abandono para os acometidos, por isso, buscam-se ainda as respostas para tais dilemas por diferentes pesquisadores.

Em um município como o Rio de Janeiro, com 7.969 casos de tuberculose notificados no ano de 2007, com 5.789 casos novos e uma taxa de incidência de 93,7/100.000 habitantes (SMSDCRJ, 2008) ainda existem lacunas importantes para a compreensão do abandono ao tratamento.

Com a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família abre-se a oportunidade de investir em uma aproximação entre serviços de saúde e pacientes com a doença.

Não é contemporânea a ideia de se buscar a fórmula ideal para que pacientes sejam tratados da tuberculose, obtendo êxito no desfecho das ações e planos terapêuticos, reduzindo o sofrimento, os danos ocasionados para a família, sociedade e principalmente para os indivíduos doentes. No entanto, alcançar tais objetivos tem se tornado um grande desafio em especial pela característica do tratamento que é de longa duração e deve ser mantido por, no mínimo, seis meses, o que por si já ocasiona dificuldades para os pacientes levá-lo até o final, igualmente, pode potencializar o abandono e outros problemas inerentes ao tratamento.

1.2 Tuberculose: aspectos gerais sobre diagnóstico e tratamento

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa que tem como agente causal o *Mycobacterium tuberculosis*, cuja transmissão ocorre diretamente por via aérea através do indivíduo doente para o indivíduo sadio suscetível ao bacilo. Apresenta predileção principalmente para os pulmões, no entanto pode acometer outros órgãos como: cérebro, intestino, ossos, rins, pele e outros (BRASIL, 2002).

É uma bactéria com alto poder de disseminação social. Um em cada dez infectados se converte em um caso de TB ativa³ e, se nada for feito, metade desses pacientes morrem num intervalo de dois anos; a quarta parte passa à condição de crônico. (JUNTOS NA LUTA CONTRA A TUBERCULOSE, 2002). Incide principalmente nas áreas onde os bolsões da pobreza propiciam sua transmissão, por isso está relacionada às consequências da miséria, às moradias insalubres, à desnutrição e aos grandes aglomerados populacionais. Também intrinsecamente ligada a outros fatores como: baixa escolaridade, alcoolismo, drogadição, além de algumas vezes não serem efetivos os serviços de saúde em diagnosticar e tratar a doença.

O paciente acometido pela tuberculose normalmente apresenta febre e suor excessivo mais comumente ao entardecer, emagrecimento acentuado e tosse com ou sem expectoração, por tempo igual ou superior a três semanas. Os chamados sintomáticos respiratórios (SR) são considerados a principal fonte de disseminação da doença e se recomenda que precocemente sejam descobertos, através de busca ativa⁴ para que se interrompa sua cadeia de transmissão através do tratamento (BRASIL, 2010).

O diagnóstico da tuberculose pulmonar é feito basicamente através do exame clínico e da pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) na secreção de origem pulmonar através do método de coloração pela técnica Ziehl-Nielsen (pesquisa de BAAR ou baciloscopia do escarro). Quando realizada corretamente em todas as suas fases que vai desde a coleta do escarro até a realização do exame, permite diagnosticar de 60 a 80% dos casos. Nos casos em que a baciloscopia for negativa, pode ser utilizada a cultura de escarro para melhor elucidar o diagnóstico. É um método de elevada especificidade e sensibilidade que pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença (BRASIL, 2010).

³ Tuberculose ativa: significa que o indivíduo foi infectado pelo bacilo e apresenta a doença em evolução.

⁴ Defini-se por busca ativa de SR, a estratégia de vigilância em saúde que constantemente procurar identificar os possíveis pacientes acometidos, ou os adoecidos pela tuberculose, esta pode ser realizada nas unidades de saúde ou durante as visitas domiciliares.

A radiografia do tórax é um recurso muito utilizado para auxílio do diagnóstico. O teste tuberculínico é outro recurso, utilizado em condições especiais, para detectar a presença de infecção. Apesar de não ser suficiente para o diagnóstico da tuberculose, é importante para avaliar o risco de adoecimento e, de acordo, com o resultado, emprega-se a quimioprofilaxia com isoniazida por seis meses, objetivando a prevenção de desenvolvimento da tuberculose ativa. Realiza-se a técnica com aplicação da substância PPD (derivado purificado de proteína) na face anterior do braço, realizando a leitura entre 72 a 96 horas e medida da induração que ocorre pela reação tecidual. Os resultados são avaliados segundo os milímetros desta induração que podem variar de acordo com a população e o risco de adoecimento (BRASIL, 2010).

Apesar de considerada uma doença grave, a tuberculose é curável na maioria dos casos, sem necessidade de submeter os pacientes a regime de internação que é realizada somente em situações específicas, como nos casos de pacientes com meningoencefalite, situações cirúrgicas em decorrência da doença, complicações graves da tuberculose, intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório, intercorrências clínicas e/ ou cirúrgicas graves, estado geral de difícil acompanhamento ambulatorial e em casos especiais como: ausência de residência fixa ou em grupos com maior probabilidade ao abandono, especialmente se for um caso de retratamento ou falência (BRASIL, 2002).

É uma doença de diagnóstico fácil na maioria dos casos e de tratamento sem custos tão elevados (MURRAY et al, 1993). O tratamento é padronizado e há distribuição gratuita das medicações nos sistemas de saúde do Brasil, através dos serviços de saúde municipal.

Na década de 70, houve mudanças dos esquemas de tratamento e substituição dos esquemas muito prolongados por esquemas mais curtos com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento pelos pacientes.

As medicações utilizadas nos esquemas de tratamento são: a rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z), etambutol (E), estreptomicina (S) e etionamida (Et).

Seguindo uma tendência internacional, o tratamento no Brasil tem passado por novas mudanças. Estudos realizados pelo Ministério da Saúde (MS) apontam que 1,4% dos pacientes possivelmente apresentam resistência aos medicamentos por causa do abandono ao tratamento. O novo esquema proposto aumentará o

número de drogas de três para quatro e reduzirá a quantidade de comprimidos diários de seis para dois (BRASIL, 2009).

No enfrentamento da tuberculose, vários coadjuvantes têm sido importantes, entre elas destaca-se o Tratamento Diretamente Observado (TDO). Considerada um conjunto de medidas, que visa o fortalecimento da estratégia DOTS (sigla em inglês para Estratégia do Tratamento Supervisionado da Tuberculose - Directly Observed Treatment Short-course) apoia-se em cinco pilares definidos pela OMS (WHO, 2008):

1. Detecção de casos por microscopia,
2. Tratamento diretamente observado,
3. Provisão regular de medicamentos,
4. Sistema eficiente de registro de dados,
5. Compromisso político no controle da tuberculose.

O TDO visa a diminuir resistência dos microorganismos aos medicamentos, reduzir o abandono do tratamento e aumentar o percentual de cura. (BRASIL, 2010). É uma estratégia atribuída a todos os profissionais das equipes de saúde e tem como objetivo o profissional observar o paciente tomar os medicamentos na residência (ou em outro local previamente combinado).

Nos casos em que haja empecilhos para adotar a observação do tratamento por profissionais de saúde, ela poderá ser realizada por um familiar ou outra pessoa da comunidade treinada e supervisionada. Para todos os pacientes pode ser empregado o TDO. O MS recomenda que a observação da tomada da medicação seja feita diariamente. Excepcionalmente quando não for possível para o paciente a tomada diária, poderão ser realizadas pelo menos três observações semanais, explicando a necessidade da tomada diária, inclusive os dias que o tratamento não poderá ser observado (BRASIL, 2010).

2 EPIDEMIOLOGIA

2.1 A Tuberculose no Mundo

No mundo vivem cerca de um bilhão e meio de pessoas em situação de extrema pobreza e em situações favoráveis às doenças infecciosas como a tuberculose (MURRAY et al, 1993).

Estudos mostram oito milhões de casos novos no mundo e cerca de quase dois milhões de óbitos anualmente (HIJJAR, 2005).

As altas taxas de incidência da doença em todo mundo fizeram com que as Nações Unidas estabelecessem metas para todos os países com o objetivo de diagnosticar 70% dos casos e curar 85% destes pacientes, esperando reduzir em 50% o número de mortes até 2010 (RIBEIRO, 2003).

A OMS em 1993 decretou estado de emergência à situação da tuberculose devido aos altos índices de mortalidade. Desta forma priorizou ações de controle em 22 países⁵ que possuem maiores carga da doença. Se o percurso da história não mudar, em 2020 será a doença que contribuirá com 55% das mortes em adultos nos países em desenvolvimento (HIJJAR, 2001).

FIGURA 1: MAPA MUNDI COM A CLASSIFICAÇÃO DOS 22 PAÍSES ONDE ESTÃO CONCENTRADOS 80% DOS CASOS DA DOENÇA NO MUNDO.



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2005.

⁵ Índia, China, Indonésia, Nigéria, Bangladesh, Paquistão, Etiópia, Filipinas, África do Sul, República democrática do Congo, Rússia, Quênia, Vietnã, Tanzânia, Brasil, Uganda, Zimbábue, Moçambique, Tailândia, Afeganistão, Camboja e Mianmar (WHO, 2005).

2.2 A Tuberculose no Brasil

O Brasil se encontra entre os países prioritários em relação à tuberculose e parece consenso entre pesquisadores de que se trata de mais um país que adotou medidas de controle a doença sem muito sucesso no decorrer dos anos.

Houve, nos últimos anos, poucos diálogos relacionados à tuberculose entre universidades e os serviços de saúde pública no Brasil, o que travou a alavanca que movimentava novas formulações e descobertas que poderia nortear novos caminhos para enfrentar a doença (NETTO, 2002).

É considerada a doença infecciosa responsável pela nona causa de internações hospitalares (BRASIL, 2002) e a 4ª causa de morte por doenças infecciosas no país e considerada a 1ª em pacientes com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BRASIL, 2008).

Estimativas da OMS apontam que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo de Koch (WHO, 2005). Estudo revela que no Brasil predomina entre o sexo masculino na proporção de 2:1 (HIJJAR et al, 2005). A OMS estima que do total de casos novos da doença no Brasil, menos da metade não são notificados (HIJJAR et al, 2001).

Em 2002 o Brasil ocupava o 15º lugar entre os 22 países que concentram a maior carga de tuberculose no mundo. Em 2008 dados do MS demonstram que o Brasil passou para o 19º lugar na posição do ranking mundial de casos da doença e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (BRASIL, 2010).

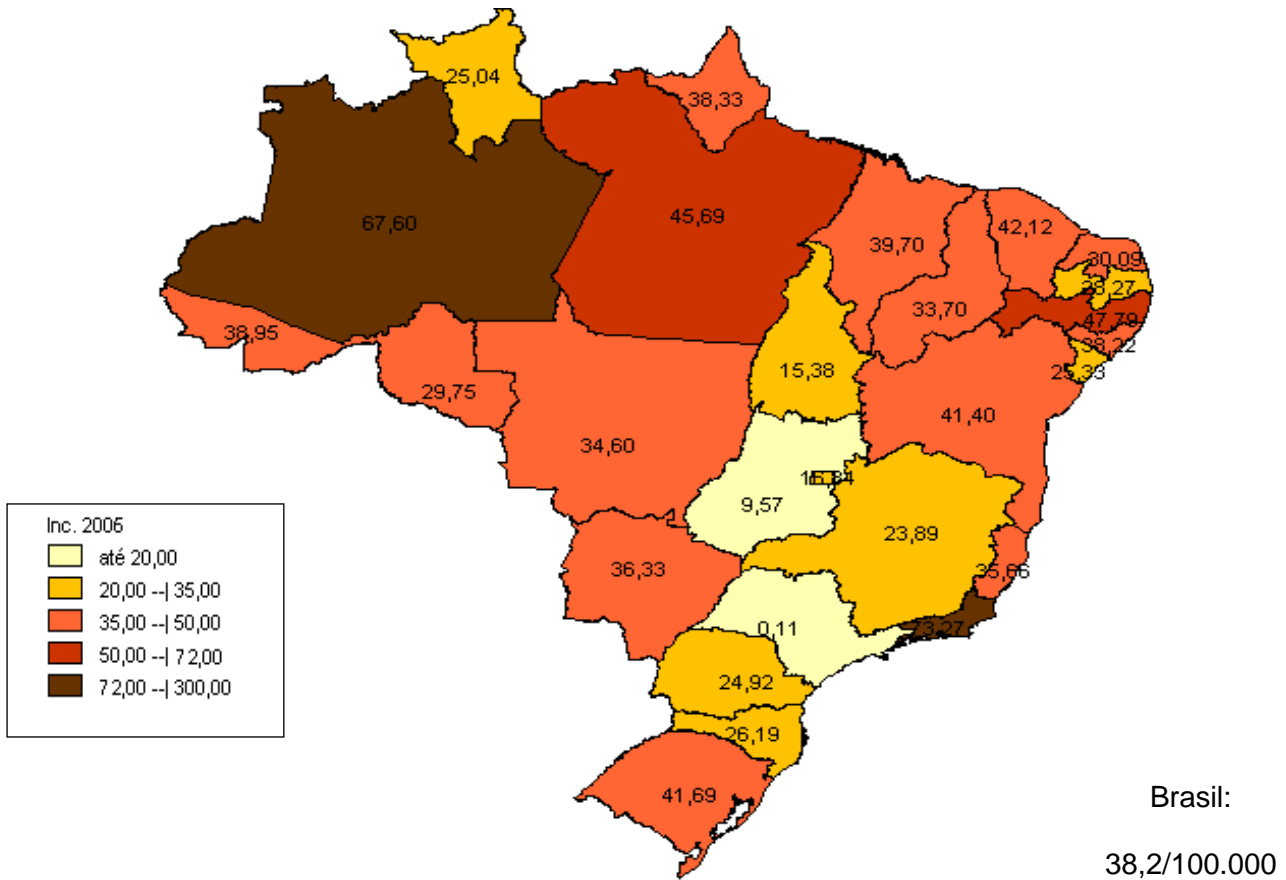
Em 2006 o Brasil teve a incidência de 76.241 casos novos, o que correspondia a um coeficiente de 40,8/100.000 habitantes (BRASIL, 2007).

Dados demonstram que a incidência no país teve redução e passou para 72.000 casos novos em 2008, correspondendo a um coeficiente 38,2 casos por 100 mil habitantes e queda nas taxas de óbitos de 31% neste mesmo período (BRASIL, 2008).

Em relação ao tratamento, o Brasil tem apresentado uma média nacional de 71% de cura, percentual baixo em relação ao que preconiza a OMS que é de 85%. Em relação ao abandono as taxas foram em torno de 10%, taxas elevadas se comparado ao que se espera que é de menos de 5% (WHO, 2006).

A figura 2 apresenta o mapa do Brasil com o total de casos de tuberculose e taxa de incidência por estados.

FIGURA 2: TAXA DE INCIDÊNCIA POR ESTADOS, 2008.



Fonte: Ministério da Saúde 2008.

2.3 A Tuberculose no Município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro (MRJ) apresenta dados alarmantes em relação à tuberculose. Sendo apontado onde se encontram os maiores coeficientes de incidência da doença do país (HIJJAR, 2005). Desta forma, foi decretado pelo MS juntamente com outros 31 municípios em situação de prioridade, devido atingir os indicadores de saúde elevados no que trata aos coeficientes de incidência da doença (HIJJAR, 2005).

Através da figura 3 podemos visualizar o município do Rio de Janeiro e o destaque de outros 32 municípios prioritários no controle da tuberculose.

FIGURA 3: MAPA DO RIO DE JANEIRO, DESTACANDO OS 32 MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE COM LEGENDA DE INCIDÊNCIA.



Fonte: PCT/SES RJ, 2005.

No ano de 2003 foram notificados 8.574 casos novos representando 56,4% dos casos que se esperavam para o município. O coeficiente de incidência em 2004 foi de 57,6/100.000 de tuberculose por todas as formas e 28,6/100.000 por tuberculose pulmonar com resultados do exame de BAAR positivo (BRASIL, 2007).

Em 2008 a Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDCRJ) apresentou novos dados que apontavam para redução do número de

casos da doença. Notificaram-se no ano de 2007, 7.969 casos de tuberculose. Como podemos observa na tabela 1 que apresenta os números de casos de 1998 a 2007 (SMSDCRJ, 2008).

TABELA 1: NÚMEROS DE CASOS DE TB NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1998-2007.

<i>ANO</i>	<i>Nº DE CASOS</i>
1998	9.274
1999	9.631
2000	9.543
2001	9.320
2002	9.056
2003	8.745
2004	8.696
2005	8.437
2006	7.740
2007	7.969

Fonte: SINAN TB.

Através da tabela acima observamos no ano de 1998 um número absoluto de casos de 9.274, a partir deste período observa-se os números de casos diminuindo até 2006, com pequena elevação em 2007. O que aponta apesar desta elevação que tem havido redução dos números de casos da doença no MRJ.

Sobre as taxas de abandono do tratamento o MRJ apresenta ainda taxas muito alta. Em 2005 as taxas de abandono estavam em torno de 13,5%. Em 2006 essas taxas tiveram discreta redução em torno de 13,1%. No entanto, se compararmos essas taxas com as esperadas para redução do abandono de tratamento que é menos de 5 % (HIJJAR; GERHARDT, 2007), as taxas devem se consideradas bastante elevadas.

A tabela 2 mostra a situação de encerramento dos casos novos de tuberculose no Município do Rio de Janeiro de 2005 a 2006.

Tabela 2: SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTOS DOS CASOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2005-2006.

<i>Motivo de encerramento</i>	<i>2005</i>	<i>2006 I N (%)</i>
Cura	3.569 (72,0)	3.564 (70,2)
Abandono	670 (13,5)	665 (13,1)
Óbito	250 (5,0)	373 (7,3)
Transferência	390 (7,9)	406 (8,0)
Mudança Esquema intol/tox	11 (0,2)	1 (0,02)
Continua em tratamento	34 (0,7)	33 (0,6)
Falência	35 (0,7)	33 (0,6)
Total	4.959 (80,6)	5.077 (88,3)

Fonte: SINAN-TB

2.4 A Tuberculose nas Unidades Saúde da Família da Área Programática

Na Área Programática 5.3⁶ (AP 5.3) do município do Rio de Janeiro as equipes saúde da família atuam no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e muitos esforços são empregados para que o paciente diagnosticado inicie o tratamento com sucesso até a alta por cura.

Observa-se, no entanto, em reuniões mensais da Coordenação da Área com os profissionais responsáveis pelos programas nas unidades de saúde, do qual faço parte, e através dos indicadores de saúde, que estas taxas continuam ainda muito altas, em torno de 25, 95% no ano de 2008 segundo dados fornecidos pela CAP 5.3.

Estudo epidemiológico realizado recentemente, na AP 5.3 por LONGO, (2009), comparou os resultados das diferentes modalidades de implantação da estratégia DOTS pelo PCT do Rio de Janeiro no âmbito AP 5.3, no período de 2005 a 2007. A autora descreve algumas fragilidades no PCT da área e aponta medidas

⁶ O Município do Rio de Janeiro está dividido atualmente em 10 áreas de Planejamento ou Áreas Programáticas. A CAP 5.3 é responsável administrativamente pelas unidades municipais e prestadoras de serviços localizadas no bairro de Santa Cruz. A figura 4 abaixo, mostra o mapa das Áreas de Planejamento de Saúde e Regiões Administrativas do Rio de Janeiro.

que possam subsidiar ações para melhor a atenção aos pacientes da localidade acometidos pela doença.

As fragilidades apontadas no estudo de forma sucinta foram: pequena cobertura da ESF (17%) com a população total da área estimada na época do estudo em aproximadamente 320 mil habitantes com uma cobertura de 56 mil habitantes pelas equipes saúde da família, dificultando a descentralização das ações no controle da tuberculose, mantendo a concentração das atividades no Centro Municipal de Saúde (CMS) (449 pacientes ou 84,9% do total de acompanhados), além do pequeno número de pessoas acompanhadas pelas equipes saúde da família.

A autora observou dificuldades de acesso físico ao CMS devido à precariedade socioeconômica da população que refletia dificuldades para consultas com especialista como pneumologista quando eram encaminhados. O estudo mostrou que mesmo os pacientes tendo o RIOCARD que era o meio que lhes garantia o transporte gratuito para comparecer às consultas e para realizar exames, havia dificuldades de acesso, pois a área possuía na época grande quantidade de transportes alternativos que não aceitava o passe para o transporte gratuito.

Outros problemas que interferiram diretamente no acompanhamento dos pacientes foram:

A) Falta de profissionais, principalmente médicos para atendimento a população da área;

B) Demora da chegada de resultados de exames dos pacientes em acompanhamento,

C) Pouca solicitação de exames de HIV, tanto por profissionais do CMS, como os das unidades saúde da família (USF) o que sugeriu pouca valorização pelos profissionais, podendo inclusive transmitir aos pacientes esta percepção e interferir até no comparecimento do pacientes para realizá-lo;

D) Despreparo dos profissionais para atuar na Atenção Primária à Saúde, reproduzindo o modelo centrado no hospital e principalmente despreparo médico para atuar na ESF;

E) Baixo vínculo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais integrantes das equipes saúde da família com a população adstrita;

F) Dificuldades das equipes saúde da família em lidar com os determinantes sociais que interferem diretamente na doença e no tratamento, apesar de supostamente conhecer estes determinantes e reconhecê-los;

G) Treinamentos baseados em Programas de Saúde que não condizem com as necessidades do território, levando frustrações quando os profissionais retornam para as unidades e se deparam com uma realidade que não permite utilizar o conhecimento adquirido;

H) Dificuldades das equipes saúde da família em trabalhar em áreas dominadas pelo tráfico de drogas e com condições socioeconômicas muito precárias interferindo na qualidade da assistência e continuidade do cuidar da população.

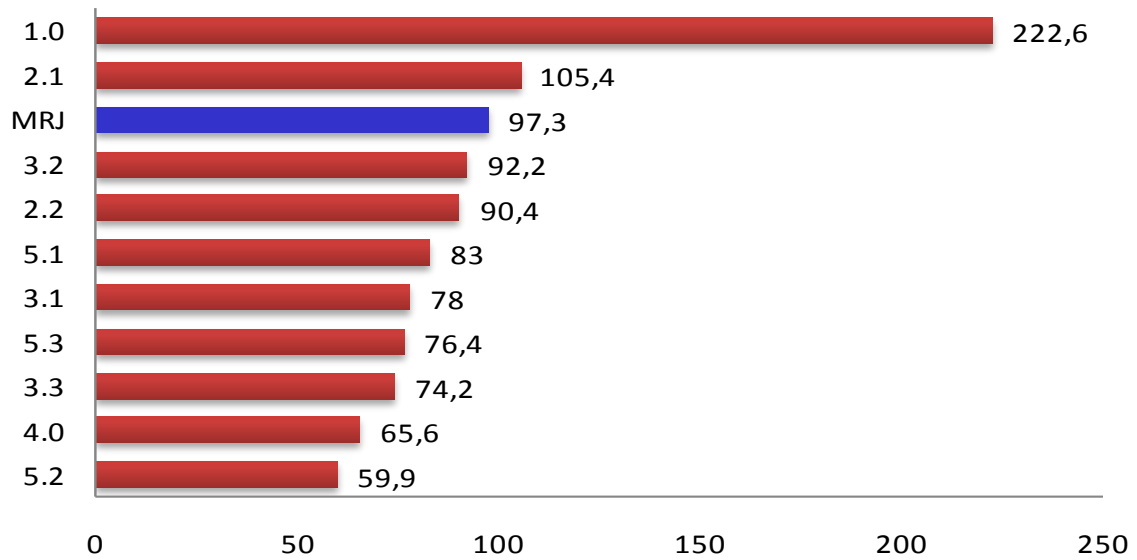
A pesquisa de LONGO (2009) reforça a necessidade de serem realizadas novas pesquisas na AP 5.3 acerca de todo o contexto que envolve a doença, além de buscar subsidiar ações para melhorar o PCT da área.

Entretanto, há esforços para levar a cabo os problemas relacionados ao PCT e alcançar indicadores melhores no que tange as taxas de abandono do tratamento. Tem havido a mobilização da SMSDCRJ para melhorar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, o que poderá minimizar tais problemas. A SMSDCRJ contratou a empresa Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) para atuar na gestão das unidades saúde da família da localidade e aumentar a cobertura com a ampliação de 100% da estratégia.

Mediante o trabalho, se as condições forem favoráveis ao desenlace dos problemas que tangem a tuberculose na AP 5.3, poderão contribuir para minimizar, ou ainda, resolver os fatores que impedem o tratamento com sucesso da doença.

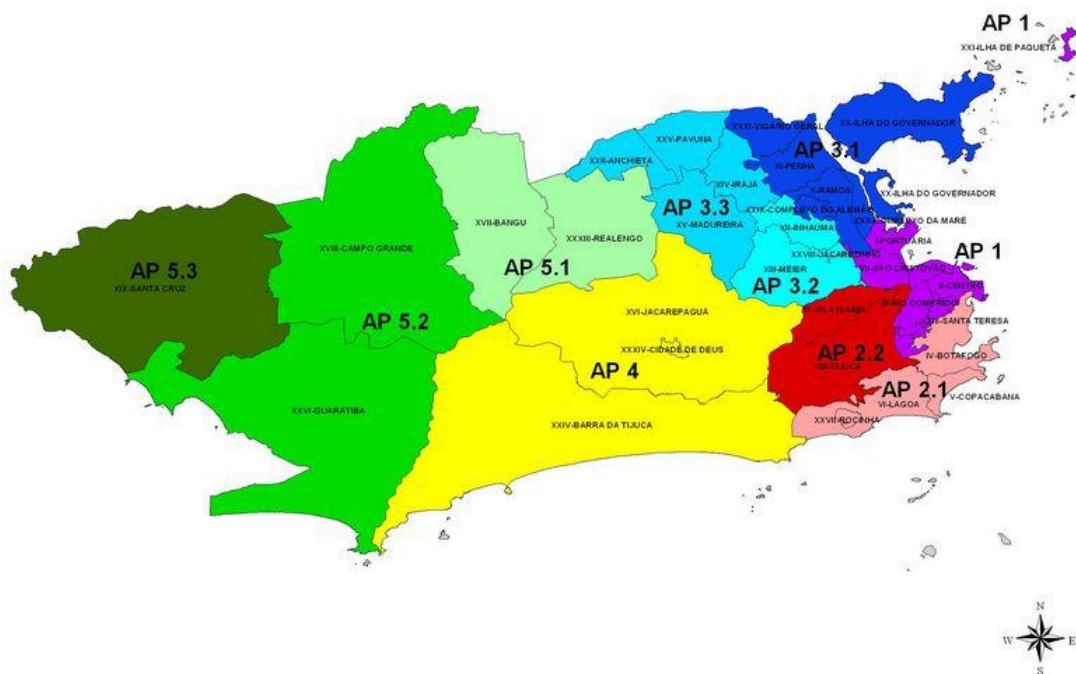
Como podemos observar, no gráfico 1, a AP 5.3 está entre as áreas com maiores coeficientes de pacientes com tuberculose no Rio de Janeiro com incidência estimado de 76,4 casos por 100 mil habitantes.

GRÁFICO 1: COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE POR TODAS AS AP NO MUNÍCIPIO DO RIO DE JANEIRO.



Fonte: PCT – SMSDCRJ

FIGURA 4: MAPA DAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE E REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO RIO DE JANEIRO – 2004



Fonte: IPP/SMU-MRJ. Mapa N° 1311, 2011.

3 POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE NO BRASIL: LIMITES E POSSIBILIDADES

As Políticas Públicas e o enfrentamento da tuberculose no Brasil configuram-se em estratégias para combate e melhor controle da doença em ações que necessitam de maior integração de uma rede assistencial norteadora de perspectivas que possam melhorar o programa e seus níveis de atenção à saúde em sua totalidade, principalmente, nas unidades de Atenção Primária – portas de entrada para o Sistema de Saúde, onde se espera que o paciente tenha o primeiro contato direcionador de seu tratamento até sua recuperação.

Em 1907, Oswaldo Cruz, diretor do Departamento Geral de Saúde Pública, incentivou a implantação de ações profiláticas no Regulamento Sanitário e a criação de hospitais para melhorar a atenção aos doentes. Embora não tivesse tido muito impacto, o plano de controle da doença na época, suas ideias foram consideradas um grande passo para atenção à tuberculose no âmbito nacional.

Mais tarde, após esta primeira tentativa, surge o Poder Público com ações de luta contra a doença, sendo criado o Departamento Nacional de Saúde Pública na Reforma Carlos Chagas, primeiro órgão de combate à tuberculose (HIJJAR, 2005).

Em 1927, surgem novas propostas para o combate à doença. Iniciando com a vacinação antituberculose, com a BCG desenvolvida na Liga Brasileira Contra Tuberculose (HIJJAR; GERHARDT, 2007).

Novas iniciativas se apresentam de forma organizada na luta contra tuberculose a partir da criação do Serviço Nacional de Controle a doença em 1941. Posteriormente em 1946, é criada a Campanha Nacional de Controle da Tuberculose e, ainda na década de 40, entre as diretrizes de aprimoramento de atenção aos doentes, estava à criação de leitos em hospitais, o que origina a construção de uma rede de sanatórios e dispensários para atendimento ambulatorial (HIJJAR, 2005).

Outros marcos foram importantes na luta contra a tuberculose no Brasil: a criação dos quimioterápicos e de antibióticos para o tratamento da doença em 1940 e em 1944 e a descoberta da estreptomina e da isoniazida com comprovações eficazes apresentadas em laboratórios em 1945 (CONDE et al, 2002).

Em 1960, instituiu-se um esquema usando três drogas no mesmo tratamento, conseguindo êxito de cura em torno de 95 % dos pacientes, sendo administradas diariamente em regime de internação que variavam entre 18 e 24 meses. Este tipo de tratamento afastava os pacientes do convívio da sociedade por cerca de dois anos com objetivo de alcançar a cura (CONDE et al, 2002).

Com a descentralização das ações, a partir de 70 e na década de 80, ocorre a proposta do esquema terapêutico de curta duração com rifampicina e deste modo ocorre grande cobertura do tratamento que alcança os pacientes havendo redução nas taxas de mortalidade e incidência da doença (BRASIL, 2002).

Em 1993, a OMS decretou a tuberculose estado de emergência em todo mundo, e em 1994 declarou 230 municípios brasileiros com maiores números de casos da doença como prioridade nacional. As propostas de criação de Centros de Excelência de combate à doença surgem em 1999 (BRASIL, 2002).

Nos dias atuais, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) subsidia ações para o controle da doença, sendo inserido nas redes de Serviços de Saúde. Entre as ações do PNCT, efetivamente a estratégia DOTS adotada pelo Ministério da Saúde no Brasil, tem sido um grande aliado na luta de combate e controle da tuberculose, objetivando reduzir as taxas de abandono do tratamento e melhorar a atenção à saúde dos pacientes (BRASIL, 2002).

Em decorrência de todas estas ações e esforços das políticas públicas para enfrentamento da tuberculose no Brasil, aumentaram as possibilidades de minimizar os problemas relacionados à doença para os pacientes, as famílias e os serviços de saúde. Porém, é evidente, através de indicadores de saúde, que as altas taxas da incidência da doença, abandono do tratamento e mortalidade demonstram limites nas ações e entraves no sentido de minimizar os tantos problemas relacionados à tuberculose no país.

Profissionais de saúde e órgãos governamentais buscam ainda o aumento do controle e melhor assistência aos pacientes com olhares para todo o contexto da doença. Assim, a OMS espera diminuir de 5 % os casos de abandono do tratamento e aumentar o controle da doença (HIJJAR; GERHARDT, 2007).

Entre as ações no controle e combate à doença, a descentralização das ações para a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode contribuir para redução da incidência da doença e mortalidade, diminuição das taxas de abandono e melhora das ações no controle da doença.

4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EIXOS INTEGRADORES PARA MELHORIA DAS AÇÕES NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

A Estratégia Saúde da Família implantada pelo MS em 1994 tem o objetivo de reorganizar a Atenção Primária a Saúde com características de atuação em territórios adscritos com posturas proativas que melhore o processo de saúde-doença da população, e atuar de acordo com o diagnóstico situacional que é um instrumento para o planejamento e programação tendo como foco a família e a comunidade (BRASIL, 2001).

Uma equipe de saúde da família deve ser responsável por uma população de aproximadamente 4.000 habitantes ou, no mínimo 3.000 em cada território. Cada equipes saúde da família é composta no mínimo por um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001).

Estas equipes devem trabalhar estabelecendo vínculo com a comunidade, tornando paciente e família coautores das condições de saúde afim de que se tornem responsáveis no que cerne ao tratamento de doenças e para que tenham ações proativas para previr e combater os agravos que fazem adoecer o indivíduo e a coletividade.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991 nesta lógica de reorganização do Sistema de Saúde no Brasil tem sido também grande aliado na luta contra a tuberculose melhorando a qualidade de atenção aos pacientes, com ações de educação em saúde no domicílio, fortalecendo o vínculo dos pacientes com as unidades de saúde, estreitando os laços de convivência com profissionais, trazendo grandes benefícios para a saúde da população.

Está modalidade de estratégia é composta por Enfermeiros e ACS e tem entre outros objetivos a adequação do território adscrito para futura instalação de unidades de PSF.

Das várias iniciativas importantes no controle da tuberculose destaca-se a proposta do MS em utilizar a ESF e PACS como ferramentas para melhoria das ações voltadas para a saúde da população, mais precisamente, neste contexto, a tuberculose.

O PSF e PACS entre outras responsabilidades e atividades com a população do território adstrito, está o controle da doença, como descrito na portaria de Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS), editada pelo MS em 26 de Janeiro de 2001 (BRASIL, 2001). A tabela 3, a seguir, mostra as responsabilidades e atividades das equipes no controle da tuberculose.

TABELA 3, RESPONSABILIDADES E ATIVIDADES DAS EQUIPES DA ESF NO CONTROLE DA TUBERCULOSE.

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de sintomáticos respiratórios (SR)
Notificação de casos	-----
Acesso a exames para diagnóstico e controle: Laboratorial e radiológico	Realização ou referência para baciloscopia Realização ou referência para exame radiológico em SR com baciloscopia negativas (BK-)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento de casos de BK+ (Supervisionado) e BK- (auto-administrado)	Tratamento supervisionado dos casos de BK+ Tratamento supervisionado dos casos de BK- Fornecimento de medicamentos Atendimento às intercorrências

Fonte: MS, Guia prático do PSF

Com a reformulação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose pelo Ministério da Saúde e a descentralização do controle da doença, a ESF e PACS são importantes nesta nova lógica. Estabelece diretrizes para aquisição e distribuição de medicamentos, referência laboratorial e de tratamentos, coordenação do sistema de informações, apoio aos estudos em estados e municípios e articulações intersetoriais com objetivos estratégicos para maximizar os resultados das políticas públicas (NETTO, 1997).

Em 2004, o Ministério da Saúde realizou treinamentos com 12 mil profissionais da Estratégia Saúde da Família para realizar visitas domiciliares (VDS), capacitando-os para diagnosticar e acompanhar os pacientes, objetivando

operacionalizar a descentralização, melhorar a assistência com enfoque na redução dos casos de abandono do tratamento entre outros objetivos (BRASIL, 2008).

O PNCT apoia-se na Estratégia Saúde da Família para contribuir na expansão das ações de controle da tuberculose por entender que as equipes atuantes nestes serviços têm a família e o domicílio como ferramentas de trabalho (MUNIZ, 2004).

A atuação em territórios definidos e a visita domiciliar são instrumentos importantes para a atuação da vigilância em saúde⁷ (VS). Desenvolvida pelas equipes de profissionais da ESF/PACS, a VS possibilita desenvolver ações eficazes minimizando e prevenindo riscos e seus agravos a saúde dos pacientes acompanhados em seus territórios.

Nesta ótica de atuação, os profissionais da Estratégia Saúde da Família vêm desenvolvendo ações que melhor direcionam o combate e prevenção da tuberculose bem como a melhoria da qualidade de assistência à clientela onde atuam.

A visita domiciliar possibilita uma visão mais ampla do convívio do paciente e seus familiares na residência e propicia o planejamento e desenvolvimento de ações que reduzem os riscos de infecção entre indivíduos doentes pela tuberculose e seus contatos. Tais resultados podem ser maximizados através da educação em saúde e orientações que minimizem riscos de adoecimento pelo bacilo da tuberculose.

As equipes da ESF e PACS estão inseridas no cotidiano da comunidade, facilitando identificação de fatores que levam os pacientes a abandonarem o tratamento. Porém, apesar de haver compreensão de que as equipes saúde da família ao atuar no controle da tuberculose podem ser bastante eficazes, há evidências de dificuldades expressivas neste sentido. Scatena et al, (2009) em um estudo que objetivou avaliar as dificuldades de acesso para o diagnóstico da doença nos Serviços de Saúde do Brasil observaram problemas na descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose para a ESF de forma a não garantir o acesso dos pacientes ao diagnóstico precoce.

O estudo epidemiológico realizado por Ignotti et al, (2007), em Cárceres, Mato Grosso que analisou o Programa de Controle da Tuberculose antes e depois da

⁷ A vigilância em saúde é entendida como uma forma de pensar e agir e tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes (BRASIL, 2008).

Implantação da ESF demonstrou também algumas deficiências das equipes saúde da família ao aturem no Programa. Através deste estudo Ignotti et al, (2007), observaram pouca adesão dos pacientes ao tratamento, um percentual alto de óbitos em pacientes com TB nas unidades estudadas e sugeriu que houvesse deficiências das equipes da ESF no tratamento e acompanhamentos dos casos.

Sá et al, (2007) em um estudo qualitativo com o objetivo de identificar os motivos de abandono do tratamento para tuberculose pelos usuários das unidades da ESF do Distrito Federal IV, na cidade de João Pessoa, puderam verificar que os principais fatores relacionados ao abandono do tratamento, nas unidades estudadas, estavam relacionados a posturas dos profissionais das equipes saúde da família e sugeriu que muitas vezes os pacientes abandonaram o tratamento porque foram abandonados pelo serviço de saúde.

Desta forma, cabe reforçar a necessidade de estudo como este que estamos propondo que se analisem os fatores de abandono na ESF onde há maior integração com usuários nos territórios adstritos, o elo dos profissionais com os pacientes e a visita domiciliar que teria de qualificar mais a assistência, de forma a alcançar resultados satisfatórios no PCT, apresentando indicadores de saúde melhores, apontando a diminuição da incidência da doença, diminuição da taxa de mortalidade e de abandono ao tratamento.

5 FATORES DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

De longe, os microorganismos ultrapassam os seres humanos em quantidade e em diversidade genética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2005). Ao longo da história, a busca pela saúde e melhor qualidade de vida tem sido a luta constante contra os microorganismos que encontram meios propícios entre os humanos para se proliferarem e reproduzirem seu potencial de adoecimento.

O bacilo da tuberculose, bactéria existente entre a humanidade ao longo da sua existência, tem propiciado que, cada vez mais, os indivíduos adoeçam por mais um dos espécimes de microorganismos.

O crescimento populacional, o empobrecimento dos centros urbanos aliados às condições precárias em que vivem muitos indivíduos favorece sua propagação e existência, dificultando que seja encerrado seu ciclo de transmissão.

Um dos grandes problemas relacionados ao abandono do tratamento para tuberculose está a possível resistência dos microorganismos aos medicamentos e a cadeia de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* que não é interrompida perpetuando a doença. Sua existência ocasiona custos sociais elevados aos cofres públicos em consequência do tratamento e sofrimento para muitos pacientes que em plena fase produtiva da vida ficam prejudicados por uma doença que pode levar ao óbito.

Não há como prever quem vai abandonar o tratamento (FRIEDEN; SBARBARO, 2007). O MS considera abandono do tratamento quando os pacientes deixam de comparecer a unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data prevista para próxima consulta (BRASIL, 2002).

A literatura demonstra que o abandono está relacionado a várias causas como: analfabetismo, problemas socioeconômicos, efeitos colaterais das drogas, melhoras dos sintomas da doença, problemas familiares que dificultam o paciente a comparecer nas unidades ou fazer uso dos medicamentos, ou mesmo recusa ao tratamento (LIMA et al, 2001; MENDES; FENSTERSEILER, 2004).

Há também evidências de que o abandono do tratamento está relacionado ao próprio paciente que apresenta condições desfavoráveis ao tratamento como, por exemplo, os hábitos nocivos como alcoolismo e drogadição (SÁ et al, 2007).

Costa et al, 2002, descrevem como fatores preditores para o abandono a idade inferior a 40 anos, baixo nível de escolaridade, infecção pelo HIV, viver em regime prisional e população sem residência fixa. Destacando a questão da escolaridade, os pacientes com pouco estudo possuem fatores desfavoráveis ao tratamento e maior probabilidade de abandono, devido adotar menos autocuidado e menor percepção de suas condições de saúde, além do uso incorreto das medicações (PELEQUIM et al, 2007).

Sobre o aspecto da falta de residência fixa, o estudo realizado por Soza et al, 2005 considera que este fator aumenta em três vezes mais a predisposição ao abandono devido às dificuldades que os profissionais de saúde encontram para prestar assistência a esta população que está sempre à procura de melhores condições de vida em outras localidades (SOZA et al, 2005).

Em relação ao contexto social dos pacientes ligados ao abandono do tratamento, o estudo realizado por Cardoso e Campos 2006, aponta alguns fatores ligados a essa vertente, como a falta do alimento que geralmente é orientado ao paciente para fazer uso junto das medicações e o próprio tratamento farmacológico que potencializa estes fatores, como o tamanho das drogas prescritas e quantidade. Relaciona o abandono a outros aspectos como a religiosidade, e as crenças populares.

Sobre as questões relacionadas ao tratamento que influenciam no abandono, outros estudos apontam para esta tendência e demonstram que há um considerável número de pacientes que abandonam o tratamento em decorrência da melhora dos sintomas no primeiro e no início do segundo mês. Os riscos de abandonarem o tratamento aumentam devido ao fato de acharem que estão livres da doença (PAIVA et al, 1999 apud FERREIRA et al, 2005; FREDERICK et al, 2004).

O próprio tempo do tratamento que é longo pode ser considerado como um fator que pode facilitar abandono. Entre idas e vindas para as consultas, o paciente é compelido a passar por diversas situações podendo enfrentar problemas com os Serviços de Saúde. Entre os quais a restrita disponibilidade do horário para entrega das medicações, organização desfavorável dos dias e horários das consultas, distância das unidades de saúde e a ineficácia da equipe de saúde em orientar sobre ao tratamento de forma correta e adequada (WALLACE, 1993).

Alguns outros problemas relacionados aos Serviços de Saúde são considerados como causa do insucesso do tratamento e fazem com que alguns

pacientes desistam de continuarem se tratando. Orientações de forma técnica, falta de vínculo entre profissionais e pacientes, falta de diálogo com a clientela assistida são exemplos de tais deficiências (LIMA et al 2001).

A taxa de abandono esperada é de menos de 5%, no entanto o Boletim Epidemiológico da Coordenação de Doenças Transmissíveis da SMSDCRJ apontou que estas taxas persistem com estimativas muito altas em torno de 13,5% a 13,1% para o estado do RJ nos anos de 2005 a 2006 (SMSDCRJ, 2008). Se comparado ao esperado em relação à taxa de abandono de tratamento, com a taxa do Rio de Janeiro, pode-se sugerir que a situação das unidades da ESF da AP 5.3, não é animadora, com taxas em torno de 25, 95% de abandono no ano de 2008 (CAP 5.3).

Hoje se pode dizer que é possível reduzir a doença na população a uma expressão mínima ou quase eliminá-la. Os recursos de detecção e de tratamento apontam para essa possibilidade se o contexto for favorável (BRIZ, et al, 2009).

No que trata deste contexto podemos dizer que levar em consideração os aspectos da doença além do biológico, a melhor organização dos processos de trabalhos dos profissionais das equipes saúde da família aliada à vontade política, a busca permanente dos sintomáticos respiratórios e seus contatos e atuar de forma incisiva na busca dos pacientes que abandonaram o tratamento para que retornem podemos também levar a cabo ou pelos menos minimizar os problemas que se relacionam à doença.

Deste modo, buscar compreender os fatores que ocasionam o abandono de tratamento a partir da perspectiva dos próprios pacientes e demais problemas que o englobam é um assunto de extrema relevância que poderá nortear ações para minimizar tais fatores.

6 OBJETIVO DO ESTUDO

6.1 Geral

Investigar a percepção sobre o adoecimento, atenção recebida e abandono do tratamento da tuberculose pelos pacientes acompanhados pelas equipes saúde da família da AP 5.3, do município do Rio de Janeiro.

6.2 Específicos

Compreender o contexto de vida dos pacientes desde o momento do diagnóstico até a ocasião do abandono do tratamento.

Caracterizar as percepções destes doentes acerca das ações referentes ao diagnóstico e tratamento da tuberculose desenvolvidas nas unidades saúde da família da AP 5.3.

Apontar possíveis intervenções para melhorar a qualidade de assistência e minimizar o abandono do tratamento por usuários acompanhados pelas equipes saúde da família no RJ.

7 METODOLOGIA

7.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa baseado em entrevistas individuais. Os dados foram coletados junto a treze pacientes que abandonaram o tratamento, mesmo sendo acompanhados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família numa Área Programática da zona oeste do Município do Rio de Janeiro. A AP 5.3 (Santa Cruz) foi selecionada para cenário de estudo por sua alta taxa do abandono segundo dados fornecidos pela Coordenação de Área Programática 5.3. É também a área de atuação profissional do pesquisador, interessado em compreender porque tantos pacientes abandonam o tratamento nesta localidade mesmo sendo acompanhados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Procedeu-se a pesquisa, após a aprovação do Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro através do protocolo nº 92/10 (anexo 3) e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2) pelos participantes, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996).

A escolha pela pesquisa qualitativa procedeu devido às possibilidades que oferece de compreensão das relações, fenômenos ou processos sociais, entendendo suas determinações e transformações na perspectiva dos envolvidos. A pesquisa qualitativa, muito utilizada nas ciências sociais, consegue apreender um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser reduzidos à operacionalização predeterminada de variáveis (TRIVIÑOS, 1995).

O estudo descritivo possibilita ao pesquisador a observação, a descrição e interpretação dos fenômenos, que normalmente é utilizado para melhor compreensão dos comportamentos e fatores que podem influenciá-los (OLIVEIRA, 2002). A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador contato mais próximo com os sujeitos do estudo, proporcionando a coleta material satisfatória através das falas dos indivíduos entrevistados. Facilita a análise dos acontecimentos, nas dinâmicas, vivenciadas por estes participantes tendo como foco as representações do

fenômeno da vida dos sujeitos; e os resultados se apresentam de maneira subjetiva (LUDKE; ANDRÉ, 2003).

Foram realizadas treze entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, junto a pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose na área, entre os anos de 2007 a 2010.

A proposta inicial era realizar as entrevistas com 15 pacientes dos 23 pacientes que estavam em abandono de tratamento no ano de 2008. Em função de ser um período que apresentou uma taxa muito elevada de abandono do tratamento.

O acesso a estas pessoas, no entanto, mostrou-se inviável no prazo disponível, como será explicado adiante. Devido às dificuldades, foi possível entrevistar apenas quatro pacientes deste período. Os outros nove entrevistados haviam abandonado o tratamento em 2007 (2), 2009 (2), e 2010 (5).

Estas escolhas foram realizadas após coleta de dados sobre a situação de abandono do tratamento destes pacientes com os integrantes das equipes e análise dos Livros de Registros de Pacientes inscritos no PCT, fornecidos pelo Ministério da Saúde.

A entrevista pode ser entendida como um diálogo que possui determinados objetivos, ou seja, ela pode ser utilizada para enfatizar a importância da comunicação, ou também pode ser utilizada como um importante instrumento de coleta de dados de uma pesquisa (MINAYO, 2000). Segundo Triviños (1995): A entrevista semiestruturada ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

A análise de dados procedeu através da organização sistemática das entrevistas mediante transcritas na íntegra, seguida de leitura flutuante do material (BARDIN, 2002).

A exploração do material evidenciou núcleos de significado que deram sentido as falas. Com base nas ênfases, foi possível realizar inferências à luz da fundamentação teórica e pressupostos oriundos da prática institucional. Foram elencadas as seguintes categorias organizadoras dos dados:

- A) Contexto de vida dos pacientes na ocasião do diagnóstico e tratamento,
- B) Percepção acerca dos motivos do adoecimento, do diagnóstico e da atenção recebida nas USF da AP 5.3,
- C) Compreensão sobre o abandono do tratamento.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados no estudo com pseudônimos para lhes preservar a identidade: Abrão, João, Paulo, Davi, Moises, Lucas, Rute, Marta, Maria, Sara, Ester, Ana e Eva. As cinco unidades de saúde da família do território foram identificadas através de nomes de escritores para evitar sua localização sendo estes: Mario Lago, Monteiro Lobato, Fernando Pessoa, Clarisse Lispector e Edney Silvestre.

7.2 Descrição do Cenário de Estudo

Em 2010, ano da coleta de dados deste estudo, a A.P selecionada para realização do estudo possuía em seu território nove unidades de saúde da família. O cenário foram as áreas adscritas da Estratégia Saúde da Família da Área Programática 5.3. Sendo estas: PSF Mario Lago, PSF Monteiro Lobato (transformada este ano em PSF, anteriormente, esta unidade era um PACS), PSF Fernando Pessoa, PSF Clarisse Lispector e PSF Edney Silvestre.

Foram excluídas do estudo quatro unidades, duas por não terem no ano escolhido nem nos subsequentes pacientes em abandono de tratamento. A terceira no ano de 2008, não realizava acompanhamento de pacientes com tuberculose, encaminhando-os para o Centro Municipal de Saúde de referência. A última unidade excluída apresentava um paciente em abandono em 2008, porém não foi possível localizá-lo.

A AP 5.3 localiza-se no bairro de Santa Cruz, zona oeste do município do Rio de Janeiro e distante mais de 60 km do centro do Rio de Janeiro, compreende os bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba. A população estimada é de aproximadamente 350 mil habitantes, é uma área com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,630, considerado médio (AMORIN, 2008) e um Índice de Desenvolvimento Social de 0,473%, considerado médio baixo, segundo estudo realizado por Cavallieri e Lopes no ano de 2008.

A oferta de serviços de saúde da AP 5.3 nos anos estudados era composta por um Centro Municipal de Saúde (antigo CMS, hoje com uma nova nomenclatura: Policlínica Lincoln de Freitas Filho), oito postos de saúde do modelo tradicional de Atenção Primária, nove unidades da ESF e uma de PACS, compondo 35 equipes saúde da família e duas de PACS.

A área dispunha na época ainda de um Centro de Atendimento Psicossocial, Centro de Controle de Zoonoses, um hospital geral (Hospital Estadual Pedro II) e uma Unidade de Pronto Atendimento. A oferta de serviço da área era complementada por quatro instituições particulares conveniadas ao Sistema Único de Saúde sendo elas: Clínica de Repouso Santa Edwiges, (atenção psiquiátrica), Centro Médico Palmeiras (fisioterapia), Casa de Saúde República da Croácia (ambulatórios e internações) e Clínica Santel (hemodiálise).

No período de estudo, a oferta de serviços da AP 5.3 era insuficiente, principalmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família, devido baixa cobertura da população (em torno de 35%).

As unidades da ESF estudadas oferecem atendimentos para os pacientes considerados casos novos ou virgens de tratamento de tuberculose⁸ pulmonar com baciloscopia positiva ou casos de pacientes com sintomas da doença, porém com baciloscopia negativa. Os casos de tuberculose extrapulmonar e os demais casos como os de pacientes multirresistentes aos medicamentos são encaminhados para o Hospital Municipal Raphael de Paula e Souza no bairro de Jacarepaguá, zona norte do RJ.

A área é rodeada por favelas, onde habitam famílias vivendo em situações de extrema pobreza e grande vulnerabilidade social. Os que habitam as áreas mais centrais e urbanizadas são menos suscetíveis às questões da violência. É uma localidade com algumas áreas dominada por traficantes de drogas e por milicianos⁹ que fazem com que esta parte da cidade se torne ainda mais comprometida por determinantes sociais que interferem na qualidade de vida das pessoas.

Os indivíduos que moram nas comunidades da AP 5.3 vivem em situações desafiadoras, por causa dos constantes conflitos de facções rivais do tráfico de drogas que lutam entre si em busca da tomada dos territórios de drogas e também de constantes conflitos de policiais com milicianos e/ou traficantes locais.

Não deveria ser comum, no entanto é habitual a presença de traficantes, portando armamentos pesados caminhando pelas ruas de algumas comunidades da AP 5.3. Os moradores parecem estar adaptados ou pelo menos aceitam com passividade estas condições de convívio.

⁸ Pacientes que nunca se submeteram ao tratamento anti-TB, ou o fizeram por até 30 dias (BRASIL, 2010).

⁹ Patrulhamento ilegal realizado pelas firmas clandestinas de segurança, que atuam no controle territorial exercido por bandos armados em algumas áreas da cidade.

7.3 Fontes de Dados e População de Estudo

Foram utilizados como fonte de dados para identificação dos sujeitos da pesquisa os Livros de Registros de Controle de Pacientes fornecidos pelo Ministério da Saúde de cada unidade de saúde e os prontuários dos pacientes. Os dados primários foram obtidos com os entrevistados em visitas domiciliares. Antes da entrada em campo, foi realizado contato telefônico com os Gerentes das unidades e solicitada a autorização para conversar com os profissionais das equipes saúde da família a fim de explicar os objetivos do estudo, bem como solicitar auxílio para inserção no campo.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos próprios pacientes sendo agendados os dias da presença do pesquisador previamente através dos contatos dos ACS, ou estas foram realizadas mediante contato direto nas residências na hora da coleta de dados com os entrevistados, devido algumas dificuldades de serem avisados com antecedência.

Priorizou-se realizar a coleta de dados dentro das residências para que se fossem observadas as condições de habitação dos entrevistados bem como outros aspectos relevantes para o estudo que tivessem inserido no contexto (roteiro em anexo).

Para viabilizar a coleta de dados foi solicitada a presença de um ACS da unidade local para acompanhar o pesquisador até as residências dos pacientes, adotou-se esta estratégia por ser o ACS o elo entre os serviços de saúde com as famílias e isso contribuir melhor para adesão dos pacientes a pesquisa.

Outros profissionais como Enfermeiros, Médicos e Administrativos de algumas unidades contribuíram ativamente para obtenção das entrevistas e se mostraram bastantes receptivos à presença do pesquisador.

Antes de realizar as entrevistas foi aplicado um pré-teste para adaptação do instrumento de coleta de dados em outra AP, com três pacientes que se encontravam também em abandono do tratamento no ano de 2008. A realização deste procedimento foi importante para avaliar o tempo das entrevistas e orientou acerca de algumas alterações necessárias para aumentar a clareza e inteligibilidade do roteiro.

Foram realizadas treze entrevistas com roteiro semiestruturado (anexo 1). As entrevistas foram audiogravadas através de suporte tecnológico de MP3 após o consentimento dos entrevistados.

Optamos por encerrar a coleta de dados quando as entrevistas começaram a se apresentar saturadas, ou seja, quando estas se tornaram repetitivas. De acordo com Denzin; Lincoln, 1994, o fechamento da amostragem por saturação teórica é operacionalmente definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição. Concluídas as coletas de dados, procedeu-se a análise dos resultados.

8 RESULTADOS

Este capítulo se inicia com uma caracterização sucinta do ambiente em que vivem os sujeitos da pesquisa, segundo as observações realizadas no momento da coleta de dados. Os demais resultados, obtidos nas treze entrevistas foram divididos em três categorias para fim de apresentação. A primeira aborda o perfil socioeconômico e contexto de vida dos pacientes. A segunda caracteriza as percepções dos pacientes acerca dos motivos do adoecimento, diagnóstico e atenção recebida no tratamento nas USF, e por fim são apresentados dados acerca da compreensão dos entrevistados sobre o abandono de tratamento.

8.1 Alguns Elementos das Observações do Cenário de Pesquisa

As entrevistas foram acompanhadas de observação de alguns elementos do contexto. A coleta de dados iniciou-se pela área adstrita à unidade do PSF Mario Lago. A ACS desta unidade que acompanhou o pesquisador informou que uma das entrevistadas, que abandonou o tratamento em 2007, era usuária de drogas ilícitas. Esta se apresentou agitada e parecia ansiosa para o término da entrevista. Foi possível observar uma movimentação de adolescentes do sexo feminino, as quais, em três momentos passavam pequenos objetos brancos uma para a outra sugerindo o manuseio de drogas.

Na área do PSF Monteiro Lobato, dez pacientes abandonaram o tratamento em 2008, mas só foi possível localizar e entrevistar dois destes. Sete mudaram de endereço e uma paciente estava em regime prisional. Devido à dificuldade de localizar estes pacientes foi incluída no estudo uma paciente que abandonou o tratamento em 2010.

Esta comunidade¹⁰ é desprovida da oferta de trabalhos, possui apenas uma unidade de Atenção Primária à Saúde, sendo precários os meios de transportes públicos. A maioria das residências foi doada pelo Governo do Estado aos moradores, e muitos posteriormente venderam-nas mediante contratos informais.

¹⁰ Surgiu em 2001 com 4.330 casas, com uma população estimada de 24 mil moradores e criada pelo Governo Estadual, pelo então Governador na época Antoni Garotinho, devido à necessidade de abrigar famílias que viviam em áreas de riscos em outras favelas do Rio de Janeiro.

Vários pacientes adscritos desta comunidade não fixaram moradia, provavelmente indo à busca de melhores condições de vida em outras áreas da cidade.

Ao realizar a entrevista na comunidade do PSF Fernando Pessoa, chamaram a atenção às condições subumanas de habitação em que vivia uma entrevistada, adolescente, e sua família, composta por mãe, padrasto e três irmãos, sendo um bebê. Em uma inspeção rápida foi identificado que todos apresentavam lesões na pele sugestiva de sarna (escabiose). A residência estava imunda, com lixo amontoado na sala, e exalava um odor fétido. Não havia cadeiras ou sofá e a entrevistada ofereceu um latão para o pesquisador sentar.

A unidade do PSF Clarisse Lispector situa-se em uma comunidade dominada pelo tráfico de drogas. Foi possível identificar traficantes jovens, bastante agitados, portando fuzis, muitas vezes direcionados aos transeuntes. A entrevista ocorreu numa sexta-feira, sendo observada não apenas a venda como a propaganda de drogas ilícitas: um traficante oferecia drogas em uma mesa, apregoando: “tem pó de cinco, pó de 10! Este é do bom e sem misturas de bagulhos”...¹¹

Uma ACS relatou as dificuldades das equipes em atuar nesta área devido os constantes episódios de violência, motivo pelo qual a USF teve que fechar várias vezes ou teve que funcionar apenas meio período. Foi possível observar um episódio em que um traficante pedia uma consulta médica para uma pessoa da comunidade apresentando um volume ostensivo debaixo da blusa, sem esconder que estava armado.

O grau de vulnerabilidade social em que vivem as famílias da AP 5.3 ficou ainda mais evidente na comunidade do PSF Edney Silvestre ¹², No dia das entrevistas, as ruas estavam bloqueadas por manilhas enormes, troncos e árvores inteiras, além de vigiadas por soldados do tráfico que exibiam suas armas sofisticadas.

Muitos moradores habitam residências improvisadas construídas de materiais reaproveitáveis (chapa de zinco, plásticos, papelão e outros) com esgoto a céu aberto. Na unidade de PSF desta comunidade no ano de 2008 havia quatro

¹¹ É sabido que algumas substâncias são adicionadas a cocaína para aumentar a quantidade.

¹² Esta comunidade surgiu no ano de 1973 com a construção de conjuntos habitacionais com o objetivo de servir como referência de triagem para os flagelados de enchentes de favelas da zona sul do Rio de Janeiro e deu origem há uma comunidade com grande aglomerado populacional de pessoas e um local sem planejamento urbano. Localiza-se aproximadamente 60 KM do centro do Rio de Janeiro é uma comunidade com precárias de condições sociais, dominada pelo tráfico de drogas.

pacientes em abandono, no entanto dois se recusaram a dar a entrevista. Mediante as dificuldades para encontrar os pacientes que inicialmente seriam sujeitos da pesquisa e recusa dos outros, foram entrevistados outros três que se encontrava em abandono no ano atual (2010), e um em 2007.

Em duas entrevistas, surgiu a preocupação dos moradores da AP 5.3 de serem excluídos da política do Governo do Estado de instalar Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) em bairros dominados pelo tráfico. Temiam que estas se restringissem apenas aos bairros nobres da cidade (até o momento só havia duas na zona oeste). Alguns observam que têm piorado as situações de violência no local e creem que os traficantes das comunidades onde foram implantadas UPPs podem estar migrando para esta localidade. Tal preocupação se deu ao fato também de que já enfrentaram muitos problemas com a disputa de facções criminosas por pontos de venda de drogas e pelas quadrilhas de milicianos existentes.

Na comunidade do PSF Edney Silvestre, havia sete pacientes em abandono no ano de 2008, sendo possível localizar apenas dois. Um destes cedeu à entrevista, o outro, um senhor de 62 anos, analfabeto, recusou-se a dar a entrevista¹³. Cinco dos que também estavam em abandono no mesmo período mudaram-se da comunidade, não sendo possível a localização dos novos endereços. Foram incluídos dois pacientes que abandonaram o tratamento em 2007 e 2009.

Isto posto, será apresentado a seguir o perfil socioeconômico e o contexto de vida dos entrevistados por ocasião do diagnóstico, de acordo com os achados na coleta de dados.

¹³ Enfermeira responsável pelo acompanhamento da família deste paciente relatou que inúmeras vezes a equipe tentou fazer com retornasse ao tratamento, no entanto todas as estratégias falharam. Acrescentou que o mesmo possuía um exame para HIV positivo, e que não conseguia comunicar-lhe devido à resistência do próprio e da família em comparecer a unidade ou recebê-la durante a visita.

8.2 Perfil Socioeconômico e Contexto de Vida dos Sujeitos da Pesquisa

Sete dos entrevistados eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. As idades variaram entre 18 e 57 anos, sendo nove entre 18 e 32 anos, e seis na faixa de 41 a 57 anos. A raça declarada foi à raça negra para nove dos entrevistados, sendo os demais quatro auto declarados brancos. Quanto ao estado civil, sete mantinham união estável, três eram casados, dois eram solteiros e um era separado. Todos viviam com pelo menos um familiar, sendo que seis vivem em famílias com dois a três membros e quatro viviam em famílias com mais de três membros (máximo seis).

Em relação ao nível de escolaridade, quatro dos entrevistados possuíam apenas até três anos de estudo. Nove estudaram entre 5 e 10 anos. Na época do abandono de tratamento, nove estavam desempregados, três possuíam algum tipo de trabalho informal e uma relatou nunca ter trabalhado. Quanto à renda familiar, onze entrevistados declararam renda de até um salário mínimo. Apenas dois entrevistados recebiam de 1 a 3 salários mínimos.

No processo saúde-doença a pouca escolaridade pode interferir nos aspectos relacionados à sua compreensão. Dos treze entrevistados, dez não souberam relatar a forma de transmissão da doença. Apenas três realizaram associações com a transmissão pessoa a pessoa:

Bem, eu não se como pequei... **Tuberculose! Diz que é... É transmissível, não é?** (Sara).

Há uma pessoa que tinha essa doença, **eu usava drogas, e passava da boca de um para o outro, acho que pequei por isso...** (Davi).

Seguem-se algumas menções que indicam desconhecimento em relação à transmissão da doença:

Acho que pequei por causa de festinhas, muito sereno! **Eu não sabia que não pegava tuberculose por causa do sereno...** (Abrão).

Eu acho que **pequei tuberculose por causa da friagem, eu dormia no chão acho que foi por isso...** (Rute).

Eu pequei acho que foi porque eu estava muito gripado, deve ter sido por causa disso, **não sei direito** (Paulo).

Mesmo uma paciente que declarou ter estudado até o segundo ano do ensino médio, quando perguntada sobre como adquiriu a doença, declarou que foi consequência de uma pneumonia mal curada:

Olha! Eu acho que pequei **tuberculose por causa de uma pneumonia** que eu tive, **não sei te dizer como pega a doença** (Ester).

Em relação às atividades laborais, nove pacientes pararam de trabalhar em decorrência da doença. Apenas uma relatou ter entrado de licença pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), indicando ter vínculo formal. Uma relatou que parou o tratamento porque tinha que retornar ao trabalho. Os sintomas da doença foram a justificativa para o abandono do trabalho: fraqueza, emagrecimento, falta de ar, febre, cansaço ou dores:

Eu tive que parar de trabalhar, **estava muito magro!** Não estava aguentando trabalhar! (Davi).

Parei porque eu estava sentindo muita **dor** nas costas por causa da tuberculose (Eva).

Trabalhava assim... Não de carteira assinada, eu depois parei... A tuberculose impede, **ela cansa muito! Dá falta de ar, febre, dá muito cansaço!** (Marta).

A entrevistada licenciada pelo INSS descreveu sua experiência:

Trabalhava como vendedora! **Eu estou encostada pelo INSS**, porque eu sinto muita falta de ar, me sinto cansada de ficar falando e como eu trabalho com o público tive que parar... (Ester).

Um paciente, apesar das dificuldades, continuou suas atividades laborais devido à busca pelo sustento, e só deixou de trabalhar quando não havia mais possibilidades de lutar contra os sintomas:

Trabalhava na Kombi! Continuei trabalhando, continuei trabalhando! Agora desta última vez antes de retornar o tratamento, eu tive que parar, essa doença impede a gente de trabalhar! Estava muito magro! **Não estava aguentando mais trabalhar só parei quando não teve mais jeito!** (Davi).

As situações de extrema pobreza e de falta de trabalho digno geraram para alguns falta do básico para sua subsistência. Dos treze pacientes entrevistados, quatro narraram passar fome durante o tratamento:

Eu e meu marido desempregado **sem a alimentação**, os remédios muito fortes têm me feito passar muito mal... **A falta de alimentação**, isso é muito ruim e difícil... (Rute).

Não tinha o que comer! Eu estava desempregada **eu não tinha o que comer...** (Sara).

Eu catava as coisas pra vender, mais o dinheiro não dava, as vez eu e minha esposa, **agente passava fome...** (Paulo).

A precariedade dos meios de transporte para dar continuidade ao tratamento foi mencionada por três entrevistados que relataram não possuírem dinheiro e desconheciam iniciativas das instituições de saúde em contornar este problema:

Eu não tinha o dinheiro da passagem! Eu ainda perguntei se eles [profissionais do PSF] não tinham o cartão para quando eu tivesse que ir lá para tirar uma chapa, pegar algum remédio, **disseram que não!** (Moises).

Como as pessoas vão tomar essas drogas toda e não tem uma ajuda de custo? Pelo menos **uma ajuda para pagar a passagem para poder ir ao posto para fazer os raios X, eles lá do PSF, não dão o dinheiro da passagem!** A pessoa tem que tirar da onde não tem pra fazer os exames e prá poder tomar os remédios! (Rute).

Ter que ir lá em Santa Cruz era difícil, eu não tinha dinheiro pra passagem, uma vez até perguntei la no posto se não davam o dinheiro para passagem, **mais eles falaram que não** (Davi).

8.3 Discussão do Contexto de Vida

Uma das premissas do estudo foi compreender como viviam os pacientes para entender porque negligenciaram o processo da cura a ponto de não terminarem o tratamento. Foram analisadas a escolaridade, a situação laboral, e as condições de vida e a composição familiar.

Dados geralmente coletados em estudos de abandono do tratamento para tuberculose, com a premissa de que este pode estar associado aos determinantes sociais à saúde (DSS) que interferem na qualidade de vida dos pacientes. Entende-se por DSS, as condições sociais em que vivem as pessoas e que podem influir nas suas condições de saúde e em outros aspectos além do âmbito biológico (BUSS; FILHO, 2007).

Na Região sudeste, em 2009 a média de anos de estudo estava em torno de 7,5 anos, insuficiente para conclusão do ensino fundamental obrigatório (IBGE, 2010). No grupo estudado a escolaridade média era ainda inferior. Pesquisas apontam que indivíduos com baixo nível de escolaridade, possuem maior probabilidade de abandono ao tratamento, devido a menor percepção da sua saúde e uso incorreto das medicações (PELAQUIM, 2007; MERINQUE, 2004 e LIMA et al, 2001).

É provável que os sujeitos investigados tivessem restrito entendimento do processo saúde-doença, dada a dificuldade em descrever como adquiriram a doença. Cabe questionar a responsabilidade do sistema educacional que é oferecido à população em idade escolar no Brasil, pois a precariedade do ensino ocasiona analfabetismo funcional. Apesar de a pessoa conseguir ler palavras, não consegue fazer sentido de frases e textos, dificultando o entendimento não apenas de questões da doença, mais de vários outros aspectos relacionados à vida e saúde.

Em relação ao conhecimento da doença, a análise das falas caracterizou que os pacientes de forma geral tinham pouco ou nenhum conhecimento da doença e dificuldades para explicar a forma de transmissão ainda que com uso de uma linguagem informal.

O MS, através dos meios de comunicação, transmite campanhas educativas informações para população, ou estes as recebem nas instituições de saúde ou outros meios, no entanto parece que tais informações não são assimiladas. Problemas semelhantes foram encontrados na pesquisa Natal et al, 1999 quando buscaram compreender o conhecimento dos pacientes em relação à tuberculose, 57,4% dos pacientes deste estudo não sabiam informar sobre como adquiriram a doença, tratamento e forma de contágio.

No estudo de Sá et al, 2007, os pacientes entrevistados também careciam de informações sobre a doença. As informações sobre a doença são importantes coadjuvantes para o sucesso do tratamento, do contrário, o desconhecimento pode levar ao abandono (DICK; LOMBARD apud PAIXÃO; CONTIJO, 2007). É provável que estas informações não tenham sido assimiladas devido ao baixo nível de escolaridade do grupo, e conseqüente dificuldade de entendimento em relação às orientações.

A baixa escolaridade também acarreta dificuldades de inserção no mercado de trabalho, especialmente na obtenção de emprego formal. Além de a doença

impedir a maioria de continuar trabalhando, apenas uma tinha direito a afastamento remunerado. Sinais como evidente fraqueza, emagrecimento, falta de ar, e tosse podem ter contribuído para que estes tenham sido dispensados do trabalho. Bertolozzi 1998 corrobora que pacientes com tuberculose podem ficar desempregados por causa dos sinais e sintomas da doença. Ao se verem obrigados a afastar-se do trabalho piora a situação de pobreza e aumentam às dificuldades, assim, o desemprego é considerado um fator que dificulta a adesão ao tratamento (FERRER et al, 1991).

O INSS disponibiliza um benefício à pessoa acometida pela tuberculose ativa e com diagnóstico médico. Este benefício é concedido independente do paciente ter realizado contribuições anteriores, desde que seja assegurado¹⁴ e mediante o cumprimento das exigências cumulativas¹⁵ e apresentação de documentos específicos (MAZZEI et al, 2003). No entanto, nenhum entrevistado buscou este benefício mesmo se encontrando em situações econômicas muito precárias, sugerindo desconhecimento de seus direitos e insuficiente orientação acerca deles ou ainda a falta de perfil para se enquadrarem no recebimento do benefício.

Uma paciente descreveu que parou de se tratar porque tinha que retornar ao trabalho. As melhoras dos sintomas, associadas ao início do tratamento, muitas vezes traduzem a ideia de não terem de continuar a busca pelo processo da cura e faz os doentes negligenciarem a continuação do tratamento para tentar recuperar a normalidade de sua rotina cotidiana e isto inclui o trabalho. Muitos trabalhadores associam a saúde com a capacidade de trabalhar e a doença como incapacidade (MINAYO, 1996), ou seja, se os problemas de saúde não impedirem de trabalhar, podem ser vistas como mero incomodo que tende a passar (CARVALHO; MARTINS, 1998).

Ao serem analisados os dados de renda das famílias dos entrevistados, estas se apresentaram baixas. O IBGE demonstra que as famílias brasileiras em 2008 viviam com uma renda *per capita* média de 720 reais, no entanto metade das famílias dos entrevistados possuía renda inferior a um salário mínimo. Vivem numa

¹⁴ Idoso, idade acima de 60 anos, para deficiente físico parecer da perícia médica com comprovação da deficiência, renda mensal ou inferior a meio salário mínimo vigente na data do requerimento, não esta recebendo benefício da Previdência Social ou outro por outro regime previdenciário.

¹⁵ Exigências cumulativas: parecer de perícia médica atestando a incapacidade física ou mental para o trabalho ou para atividades pessoais, comprovação de qualidade de segurado, carência de no mínimo 12 contribuições mensais.

área extremamente precária de recursos e com renda muito inferiores. Por causa da doença, podem se desestruturar individual e socialmente, em consequência das dificuldades inerentes a própria enfermidade e a pobreza.

Foram encontrados pacientes adoecidos que descreveram ter passado fome e alguns que não possuíam meios de deslocamento para continuarem a se tratar. A preocupação de assegurar o tratamento farmacológico, sem dúvida, é um dos pilares do tratamento, esta, no entanto não se sustenta sem outras prerrogativas importantes que se encontram inseridas neste contexto. A questão da fome, presente no dia a dia destes indivíduos, não pode passar despercebida haja vista que muitas vezes os comprimidos são os únicos componentes que lhes chegam ao estômago (ARCÊNIO, 2006 apud SILVA et al, 2005).

No cotidiano atuando como profissional e através de reuniões para tratar de assuntos relacionados ao PCT, já observei esforços das equipes para enfrentar o problema da fome entre os pacientes. As equipes chegam arrecadar alimentos com apoio de comerciantes locais ou outras parcerias na comunidade. Porém tais ações são esporádicas, e não apresentaram resultados sustentáveis para melhorar a assistência aos pacientes acometidos pela TB. Para resolver o problema da falta de dinheiro para o transporte, alguns profissionais de saúde doam dinheiro para os pacientes. Estas iniciativas pontuais não resolvem os graves problemas apresentados, para os quais é necessária uma ação intersetorial.

A intersetorialidade é entendida como um espaço onde diversos setores se unem com medidas proativas através de articulações e arranjos em busca de soluções para resolver alguns problemas da população assistida. O PNCT preconiza que seja importante as equipes de saúde ofereçam apoio aos pacientes em relação às questões de risco social por meio de articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento.

Os serviços de saúde geralmente dispõe do Serviço Social nas CAPs, nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) ou nas ou nos Centros de referência da Assistência Social (CRAS) que podem auxiliar os pacientes em momentos de dificuldades como os apresentados. No entanto não houve menções de que se conheciam tais serviços ou a existência de Assistentes Sociais. Geralmente, o que se percebeu durante as entrevistas, é que os pacientes atribuíam a resolutividade de seus problemas de cunho social aos profissionais das equipes da saúde da família.

Embora preconize o MS (BRASIL, 2010) que seja tarefa do setor saúde convocar os outros setores através de ações intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população e neste sentido engloba todos os profissionais das equipes saúde da família a Assistente Social tem como uma das suas atribuições na ESF identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população (BERNARDINO et al, 2006). Apesar de tais atribuições existirem nos serviços de saúde, estes profissionais passaram despercebido como mencionamos e parece que não foram acionados pelas equipes nos momentos que precisaram.

Mendes e Fensterseifer, 2004 em um estudo realizado junto ao serviço de tuberculose em um Centro de Saúde na cidade de Porto Alegre (RS) objetivando analisar as causas de não adesão ao tratamento para tuberculose, descreveu estas mesmas dificuldades apresentadas em relação ao transporte para continuidade do tratamento.

Em relação à composição familiar dos entrevistados, surpreendentemente não havia famílias vivendo em um grande aglomerado populacional. É comum perceber nestes cenários onde foi realizado o estudo, filhos casados vivendo com sua nova composição familiar com os pais e também a composição familiar destes muitas vezes ser completa por outros agregados como sobrinhos, irmãos e outros. No entanto, estes dados foram aproximados aos encontrados pelos levantamentos preliminares do IBGE no Censo de 2010, que encontrou 2,6 pessoas vivendo por família em seus domicílios. Porém os pacientes que vivem em condições precárias de habitação e isto incluem pouca luminosidade, pouca ventilação e falta de higiene, situações que acentuam a disseminação do bacilo da tuberculose entre as pessoas, gerando o risco de adoecimento dos familiares.

Cada paciente com tuberculose pode contaminar de 10 a 15 pessoas do seu ciclo de convívio por ano desde que tenham mantido contato permanente com elas (WHO, 2005). Pacientes crônicos são potenciais hospedeiros de fonte de infecção de bacilos resistentes ao tratamento (GRZBOWSKI; ENARSO, 1978). Nas populações socialmente desassistidas, o risco de infecção por tuberculose é muito maior que na população geral (NATAL; ELIAS, 2000).

8.4 Percepções Acerca dos Motivos do Adoecimento, do Diagnóstico e da Atenção Recebida.

Os entrevistados forneceram subsídios da sua percepção acerca do próprio adoecimento, da forma como a tuberculose foi diagnosticada nos serviços de saúde e da experiência do tratamento. Foram investigadas as percepções que tiveram da doença em seu contexto de vida, a relação que estabeleceram com profissionais das equipes saúde da família, além das dificuldades enfrentadas durante o tratamento.

Neste capítulo serão apresentados componentes da experiência destes indivíduos relativos ao suporte familiar e ao estigma social, além de aspectos religiosos que informam a interpretação dos mesmos acerca da tuberculose, e que algumas vezes apresentam relação com o abandono do tratamento.

No que se refere à percepção de como a doença se apresentou em suas vidas, todos os pacientes mencionaram os sintomas gerais da doença como cansaço, emagrecimento, fragilidade/falta de vitalidade:

Emagreci, fiquei com 39 quilos, **eu não tinha condições nem de ir ali na esquina, eu ficava muito cansada...** (Ester).

Eu fiquei muito fraco, cansado mesmo! Só em tossir eu já cansava, fiquei muito tempo de cama, a **tuberculose deixa a gente muito ruim.** (João).

Aparecem menções aos sinais e sintomas específicos, pela percepção dos próprios entrevistados ou de pessoas com quem convivem no círculo social:

Minha madrinha falou: Acho que você está com tuberculose... Porque eu tossia muito com catarro... O médico lá, mandou eu bater a chapa, aí falou você está com tuberculose. (Abrão).

Eu sentia muito frio, dor de cabeça, vômito, mal estar, muita coisa, fiquei muito magra! **Minha amiga falou: acho que você está com tuberculose, você está tussindo muito, está muito magra!** (Maria).

Este estudo buscou inferir o estabelecimento de vínculos dos profissionais das equipes saúde da família com os pacientes. Na maioria dos relatos foi possível observar que os pacientes estavam satisfeitos com os serviços recebidos, em especial com a atenção prestada pelos agentes comunitários:

Todo dia, ele vinha trazer meu remédio, **meu agente era o melhor agente...** Ele vinha trazer sempre, ai ele conseguiu prolongar mais o tratamento. (Sara).

Fui muito bem atendida, todos me trataram muito bem! As enfermeiras, **os agentes.** (Ester).

Foi bom! A **agente comunitária vinha na minha casa me dar o remédio, eu gosto demais dela...** (Moises).

Apesar da indicação de vínculos entre profissionais das equipes saúde da família com os pacientes, um paciente narrou que devido a dois episódios consecutivos de abandono do tratamento foi transferido para uma unidade de saúde mais distante de sua residência, o que pode contribuir para mais uma situação de abandono:

Agora eu estou o fazendo tratamento lá no Lincoln, é mais longe daqui de casa! Estou fazendo lá com o doutor... Não me aceitaram mais aqui! Então eu não posso falar mais nada! **Porque eu abandonei já duas vezes...** (João).

Na mão inversa, alguns pacientes residentes nas áreas adstritas pela ESF da área em estudo, antes de serem acompanhados pelas equipes saúde da família de sua localidade, buscaram assistência na unidade que não fosse de referência, ou em outra mais distante, sendo encaminhados para tratamento perto de casa:

Eu fui no Lincoln ai ele me mandou para cá, ai eu comecei a frequentar aqui... (Davi).

Depois que eu pedi o agente para marcar a consulta no PSF, ai eu comecei a tratar aqui, antes eu tinha ido num postinho lá em Campo Grande, mas falaram que eu não podia tratar lá... (Ana).

Talvez ajudado por estas situações de idas e vindas, foi percebido que muitos iniciaram seus tratamentos nas USF bem debilitados pela doença:

Foi lá no hospital Dom Pedro II que me atenderam, eu estava muito emagrecida, o médico me mostrou a chapa e disse que eu estava muito magra, disse que isso ai poderia ser uma tuberculose! Disse que era para eu ir no Lincoln para ver isso ai, que talvez seria tuberculose, para mim começar a tomar os remédios! (Ester).

Várias vezes eu acordava de madrugada com febre, suando! Começou a me dá dor no pulmão! Teve um dia que eu não conseguia levantar da cama, doía meu corpo todo (Sara).

Uma paciente grávida informou que interrompeu o tratamento em decorrência de orientação equivocada:

Eu falei que estava grávida, faltava uma semana para terminar as medicações, ai o médico la do PSF pediu para eu ...Que eu desse uma parada no tratamento por causa da gravidez.. (Eva).

A ausência do apoio familiar apareceu nas entrevistas, dos treze entrevistados, quatro descreveram ter sofrido abandono de parentes e dos amigos, como podemos analisar através dos relatos abaixo:

Às vezes você tem um marido viciado em drogas, um filho viciado, **os parentes te abandonam**, porque na hora que você está bom, você tem um monte de pessoas na tua volta, mas quando você fica doente, **some todo mundo, você fica sozinho para resolver seus problemas**, só Deus fica do teu lado... (Rute).

Na época que eu descobri que estava com tuberculose **eu fiquei meio que abandonada, minha família e meus amigos no começo sumiram, eu tive que ficar sozinha com meu marido e meus filhos e mesmo assim eles trabalhavam e ninguém vinha aqui em casa, foi muito ruim passar por isso!** (Ana).

O abandono e a rejeição foram vividos como estigma por alguns:

Essa última vez que eu surtei, **minha mãe foi embora, eu não tinha mais ninguém para me auxiliar, pra me ajudar com os problemas**, então eu tive que arrumar alguém para me auxiliar... (Ester).

Da família você nunca espera! Espera de todos! Espera dos amigos, vizinhos, **mas da família você não espera!** **Eu ouvi da minha própria família: 'ela tem aquela doença, oh! Tem que afastar dela**, vou falar com fulano para ver se pode ficar com ela (Ester).

Houve relatos do estigma presente nos círculos de amizades e vizinhança, como caracterizam os depoimentos:

Uns amigos bobos, eu percebia que eles não **queriam falar comigo e davam uma afastadinha** assim... Quando chegava perto, eles não ficavam

muito tempo perto, tinha aqueles que não falavam muito comigo, **se afastava**, essas coisas! (Lucas).

A vizinha não deixava nem os filhos dela aqui! Tinha medo, **falava que não era para ficar perto de mim senão ia pegar também...** Minhas colegas! Elas nem vinham mais aqui em casa... (Marta).

Encontramos um paciente que narrou ter sido estigmatizado no trabalho:

No trabalho eu percebi que todo mundo ria de mim! Falava que eu não devia trabalhar **que isso passava para os outros!** (Davi).

Houve relatos dos que se sentiram estigmatizados por profissionais de saúde:

Senti preconceito no hospital! Eu fiquei isolada, com máscara e as pessoas ficavam com medo de entrar dentro do isolamento, **até mesmo as “enfermeiras”**. Elas entravam, mas elas nem me olhavam, me davam o medicamento e saía sem dizer nada, eu percebi no jeito delas! As pessoas ficavam me olhando! Poxa fiquei constrangida né! As pessoas acham que você está com uma doença muito ruim, porque ninguém fica perto... (Eva).

Houve dois que relataram o medo de serem discriminados e, por isso, optaram pelo isolamento social, escondendo das pessoas do seu meio que estavam com a doença para evitar constrangimentos:

Ninguém me vê na rua, não saio mais, tenho **medo das pessoas se afastarem de mim**, só vou as vezes ali no portão e volto logo... (João).

Eu não falei com ninguém que estava doente, se eu tivesse falado que eu tinha a doença, **eu teria sofrido discriminação sim!** (Ana).

A participação da religião na interpretação do cotidiano dos pacientes aparece em alguns estudos qualitativos (SILVA et al, 2007; LIMA et al, 2001; CARDOSO; CAMPOS, 2006) bem como no cotidiano do pesquisador, inclusive atribuindo a cura da doença ao poder divino. Alguns entrevistados mencionaram que sua doença foi um fenômeno permitido por Deus, desta forma deve ser aceito com resignação:

Sou cristã! Tudo **é permissão do senhor!** **Se eu tive essa doença, e eu estou com ela é permissão dele,** eu acho assim! **Tenho que aceitar** foi permissão do senhor! Eu creio que foi a permissão do senhor! (Ester).

Sou católica! Eu acho assim... **A doença é permitida por Deus, a gente tem que ficar doente!** Tudo que acontece, acontece com permissão de Deus, nada acontece sem a permissão dele... (Ana).

A única religião que eu tenho é Deus! **Essa doença tem a ver com Deus,** Tudo que acontece é porque ele permitiu e **não podemos ficar reclamando** (Paulo).

Houve um que interpretou a doença como evidência da existência divina:

Dizem que na vida nada acontece sem a permissão de Deus né! Eu não sei, mas pode ser alguma coisa de Deus para, vamos supor... **Se eu algum dia não acreditar em Deus, coisa assim... Ele pode estar me mostrando através da doença que ele existe...** (Lucas).

Foi possível encontrar relatos associando religião e aprendizado decorrente do sofrimento humano:

Eu sou cristã! **Eu acho que essa doença, foi permissão de Deus mesmo na minha vida, para eu crescer, ter um crescimento espiritual, crescimento material também! Ser mais amiga da minha família, do meu esposo,** estou dando mais valor as coisas agora do que antes... (Eva).

Foi possível encontrar também relatos dos que atribuíram a doença a maus espíritos através de trabalhos realizados em rituais religiosos por seus inimigos como forma de vingança:

Já falaram para mim que esse tipo de tuberculose que eu pequei foi macumba! Bruxaria que fizeram para mim! Trabalho num pedaço de bolo, essas coisas assim! Penso que foi isso, me deram um pedaço de bolo! Eu tinha um relacionamento com um rapaz que era casado, ai sempre que chegava na época de Cosme e Damião me dava esses negócios da crise da tuberculose, estava me atingindo, coisa feita pela mulher dele... (Maria).

Eu sou da Assembleia de Deus! A doença foi **olho grande! Macumba! Bruxaria que estão fazendo para mim!** Com certeza, tem um montão de olho grande em mim! Eu não tenho nada! Mas tem montão de inimigo no meu caminho... (João).

8.5 Discussão Sobre as Percepções Acerca dos Motivos do Adoecimento, do Diagnóstico e da Atenção Recebida

As falas demonstram que a doença se apresentou para os pacientes pela percepção da debilidade corporal ou pela percepção dos atores sociais envolvidos no seu cotidiano. Ficou evidente a preocupação com o apresentar das evidências

físicas da patologia, por exemplo, sob a forma do emagrecimento. Gonçalves et al, 1999, neste sentido, descrevem que a concepção de que no processo de adoecimento o corpo pode ser tornar mais “visível”, tanto para si como para outras pessoas, pressupõe que a forma de lidar com a descoberta de algo diferente do “normal” (doença) possam influenciar na condução da terapêutica.

Vendramini et al, 2001, descrevem que: a concepção do doente a respeito da doença, provavelmente, expressa a maneira de como as pessoas a entendem, a partir de sua inserção na sociedade. Entendemos que a busca pelo tratamento pode ser influenciada por essa percepção e pode estar imbuída na relação também que tiveram com os serviços de saúde onde procuram auxílio.

Alguns pacientes demoraram a buscar assistência e com isso se apresentaram bastante debilitados. É comum no cotidiano, atendendo os pacientes, observar que alguns, antes de procurarem ajuda profissional, buscam alternativas próprias para se verem livres dos sintomas. A prática de ingestão de ervas caseiras é um exemplo destas alternativas. Muito comum também é a automedicação ou serem medicados por leigos com intuito de ajudá-los na melhora dos sintomas.

Os pacientes normalmente confiam nas orientações que lhes foram fornecidas e deposita confiança nos profissionais que os atendem. Se estas informações sobre o tratamento e demais aspectos relativos à doença não forem transmitidas de forma correta, existe grande possibilidade de abandonarem o tratamento. Muitas vezes, como discutido, porque possuem pouca informação sobre a doença e seu contexto e pouca percepção sobre suas condições de saúde.

Destaca-se, como exemplo, o relato de uma paciente gestante que abandonou o tratamento devido a orientação equivocada para a suspensão. Não existem recomendações do MS de que se adote tal conduta, ao contrário, as orientações são voltadas para que se realize o diagnóstico precoce nas gestantes com suspeita da doença e oportunamente iniciar o tratamento, a fim de prevenir a transmissão para o feto através da forma congênita e para o recém-nascido no período pós-natal. Também não há contraindicação da amamentação, desde que as puérperas não apresentem mastite tuberculosa, cabendo, no entanto, orientar quanto ao uso de máscaras para amamentar e prestar cuidados a criança (BRASIL, 2010).

As orientações errôneas, quando percebidas pelos pacientes, podem fazer com que o vínculo com os profissionais das equipes saúde da família sejam

desfeitos por entenderem que não podem confiar nos profissionais que lhes prestam assistência.

Sobre o vínculo dos pacientes com os profissionais das equipes saúde da família, foram encontradas situações que demonstraram sua existência durante o acompanhamento, no entanto situações em que se apresentam a fragilidade do profissional também foram relatadas.

É importante que o vínculo seja estabelecido o mais precocemente para que se tenha êxito no desfecho terapêutico minimizando os problemas de abandono. Corroborando neste sentido, SÁ et al, 2007 descrevem que o vínculo pode ser considerado também como princípio do cuidado, uma vez estabelecido propicia uma relação de confiança entre paciente e profissional de saúde valorizando as orientações terapêuticas. Do contrário a falta de vínculo pode propiciar resistência ao tratamento fragilizando a relação com os profissionais e as Instituições de Saúde.

A relação estabelecida pelos profissionais das equipes saúde da família com os pacientes parecem ter sido, muitas vezes, harmoniosa, sobressaindo nos depoimentos uma empatia maior dos pacientes com os ACS e os Enfermeiros. Apenas um depoimento apontou para a quebra indevida do vínculo por parte da unidade de saúde, quando houve transferência de um paciente que devido ter abandonado o tratamento duas vezes, foi encaminhado para dar continuidade em outra unidade de saúde que é a mais distante de sua residência.

Não há recomendação do Ministério da Saúde para transferência de pacientes que abandonam o tratamento para outras unidades de saúde, pelo contrário, recomenda-se priorizar estratégias inclusive no próprio território adstrito para minimizar o abandono (BRASIL, 2002).

Alguns pacientes negligenciam o tratamento, mas também há os que são abandonados pelos serviços de saúde, que passivamente aceitam o fato de os doentes não “quererem” mais continuar o tratamento (SILVA et al, 2007). Posturas desta natureza fragilizam as relações que contribuiriam para o desfecho do tratamento com êxito.

Outra situação que nos chamou a atenção foi ter encontrado pacientes que iniciaram seu tratamento em estágios bem avançados da doença e tiveram de ir à busca de assistência em outras unidades que não fosse a USF de sua comunidade. A Estratégia de Saúde da Família, entre outras propostas de atuação no território adstrito, estabelece às ações de promoção de saúde e melhor assistência aos

pacientes adoecidos com TB, inserindo-os nos serviços de saúde o que pode ser facilitado com o reconhecimento do território e da população.

As equipes de saúde da família tem um papel importante na identificação e enfrentamento dos problemas de saúde da população. Desta forma, uma população que apresenta um vínculo frágil com as equipes saúde da família está possivelmente mais predisposta ao adoecimento devido à deficiência de promoção a saúde e reconhecimento precoce dos sintomas da tuberculose. Entendemos através dos relatos que de alguma forma o vínculo estava fragilizado, sendo recuperados posteriormente com a inserção destes pacientes no PCT das unidades de sua comunidade.

Vários motivos podem contribuir para a fragilidade deste vínculo, como as mudanças de endereço e a ausência dos pacientes da comunidade devido ao trabalho ou outras atividades, impedindo a realização de visitas. Como a maioria das equipes saúde da família trabalhava apenas nos dias úteis (em algumas unidades, trabalhavam reduzidas no sábado) e geralmente realizavam atendimentos anteriormente agendados, pouca ênfase se dava as visitas domiciliares, ainda enfrentando a eventual recusa dos pacientes em receber as visitas.

Estudo realizado por Silva et al, com o objetivo de analisar as potencialidades e fragilidades do tratamento supervisionado na percepção do Enfermeiro do Programa Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, identificou que alguns pacientes não conseguiam terminar o tratamento devido incompatibilidade dos horários dos serviços de saúde com sua vida laboral. Problemas que podem ser também as causas dos pacientes referidos não terem iniciado o tratamento nas unidades ou como dito anteriormente por recusa dos mesmos em serem visitados pelas equipes saúde da família.

Outra situação a que os pacientes estiveram expostos em decorrência da doença foi a ausência do apoio familiar e de amigos. Os laços familiares e de amizade quebrados ocasionam a sensação de solidão em um momento de fragilidade. O respaldo familiar se torna particularmente importante na construção de medidas que podem auxiliá-los a enfrentarem as dificuldades relativas à doença e ao tratamento (VENDRAMINI et al, 2001). Os amigos neste contexto podem também auxiliá-los, observa-se no cotidiano atuando no PCT que muitas vezes os amigos representam peça fundamental para os pacientes, os apoiando-os e orientando-os em relação à importância do tratamento.

Entendemos ser importante identificar se os pacientes foram vítimas de discriminação relacionada à doença. Vários mencionam situações constrangedoras. O estigma relacionado à tuberculose se encontra no imaginário social devido ser uma enfermidade tratada há muito tempo com preconceitos agregados ao contágio (VENDRAMINI et al, 2001).

Percebe-se que o estigma decorreu possivelmente devido o medo das pessoas que interagem com os pacientes de contraírem a tuberculose. Em consequência disto, foram encontrados três pacientes que optaram pelo isolamento social.

Vendramini et al, 2001, encontrou tais problemas em unidades saúde da família que foram cenários do seu estudo. Não houve relatos de pacientes que passaram por situações constrangedoras em relação à doença nas USF da AP 5.3, estes foram enfrentados segundo uma depoente em uma unidade hospitalar da AP 5.3. Até hoje, em decorrência da enfermidade pacientes passam por constrangimentos, são hostilizados, e abandonados apesar de toda difusão de informações mesmo em serviços de saúde.

As crenças e práticas religiosas aparecem em alguns estudos qualitativos que tratam do abandono do tratamento da tuberculose (SILVA et al, 2007; LIMA et al, 2001; CARDOSO; CAMPOS, 2006). É comum também na atuação como profissional no PCT encontrar os que atribuem a cura das doenças a fenômenos de natureza religiosos espirituais.

Neste sentido investigamos a percepção que tiveram com esses aspectos e sua correlação com a doença e analisamos se tais situações interferiram no tratamento. Foi encontrada uma paciente atribuindo a doença a Deus como castigo divino o que pode ser considerado uma concepção primitiva causada por alguma má conduta ou ofensa a sua divindade.

A representação simbólica desta natureza com o sagrado no processo de adoecimento pode estar ligada à representação na forma de castigo, punições ou sinal de cólera divina em decorrência dos pecados cometidos pelos homens ou outras representatividades assim entendidas por eles (INOCÊNCIO, 2007).

Houve os que atribuíram a doença a maus espíritos ou a trabalhos de feitiçaria feitos por seus inimigos. Na idade média, já existia o entendimento por parte dos pacientes de que a doença era atribuída a poderes malignos e feitiçarias. Nesta época a magia era realizada como uma formula terapêutica milagrosa para

sanar a doença. Quando os médicos não conseguiam curá-la, os feiticeiros utilizavam prescrições com excreções de animais repugnantes e amuletos para curá-la (BAILLY, 1950 apud ARAÚJO, 2009).

Não foi observada, nas entrevistas, a interferência da religiosidade e seus aspectos no tratamento. Os pacientes evidenciaram estas questões de forma que não sugerem associação com o abandono. No entanto as concepções devem ser encaradas como possíveis facilitadores ao abandono caso não saibam lidar com suas representatividades no contexto da doença.

Deve-se atentar para a forma passiva de se aceitar a tuberculose como castigo divino ou punitivo. Tais aspectos devem entendidos, pois se não forem interpretados a luz apenas de uma visão puramente configurada, pode dar margens ao abandono por entenderem que precisam passar pela doença sem interferência da ajuda profissional. Embora a doença não tenha sido determinada por Deus, ele teria consentido, conforme na expressão “permissão de Deus”. Assim, a experiência adquire um significado de aprendizado.

8.6 Compreensão Sobre o Abandono do Tratamento e Sugestões Para Melhorar o Programa de Controle da Tuberculose

Todos pacientes associam o abandono às características inerentes ao próprio tratamento farmacológico, como dificuldades com a quantidade de comprimidos, tamanho e efeitos colaterais:

Foi isso o gosto de remédio! Bastante remédio que eu via na minha frente, **dava vômito** né! Eu ficava apavorado com a quantidade do remédio! Ai eu parava o tratamento... (Davi).

Era ruim tomar os remédios... A quantidade era muita! Muito comprimido! Me dava **enjôo, dor nas juntas, por isso parei...** (João).

Problemas relacionados à violência presente nas comunidades onde vivem os pacientes e atuam as equipes saúde da família, a postura dos profissionais frente aos pacientes e novamente os DSS surgiram como tais como fatores que ou dificultam o tratamento ou provocam seu abandono.

O abandono foi relacionado à melhora dos sintomas no início do tratamento. Dos treze entrevistados, seis relataram ter parado o tratamento devido a entenderem que não estavam mais doentes:

Eu estava me sentindo super bem! Não estava sentindo nada, e como eu não estava sentindo nada! Ai eu falei: não deve ser nada não! **Ai por isso eu que eu parei de tomar os remédios...** (Lucas).

Eu estava bem! Não sentia nada mais nada, então eu não via necessidade de está indo no posto, no médico, **ai parei o tratamento!** (Ana).

Eu parei de tomar os remédios porque eu acha que estava bom! Estava engordando! **Por isso eu parei...** (Abraão).

Uma entrevistada mencionou dificuldades em continuar o tratamento devido à violência na comunidade:

Eu comecei bem o tratamento, **só que devido à área que eu moro, às vezes ter tiroteio, a gente não pode sair para ir no postinho...** Fica difícil para sair, eu não parei muito tempo não! Não compareci por causa da violência, depois eu parei de vez... (Sara).

A maioria dos entrevistados avaliou positivamente a atitude dos profissionais das equipes saúde da família com quem interagiram. Apenas uma entrevistada entendeu que em algum momento foi vítima de descaso e identificou a necessidade de melhoria do PCT em termos do acolhimento:

Eu acho que tem que se preocupar mais com o paciente né! **Porque eu acho que algumas pessoas abandonam o tratamento por causa do descanso de alguns profissionais de saúde.** Fui a um posto uma vez com dor e febre por causa da tuberculose, a moça que estava na recepção falou que [alguém] ia me atender, foi lá pra dentro e demorou, não aquentava mais esperar, ai fui embora... (Ester).

A opinião dos demais pacientes sobre como melhorar o PCT (e com isso diminuir o abandono do tratamento) incluiu relatos acerca da necessária insistência dos profissionais de saúde para que os mesmos retornem ao tratamento:

Que **fiquem sempre assim, insistindo**, nas pessoas que não acreditam nessa doença, que é grave mesmo, e que insistam sempre aos pacientes para continuar esse tratamento... (Davi).

Continuar insistindo para quem está com essa doença, igual o enfermeiro ficou insistindo comigo (Moises).

Insistir pras pessoas irem até o final do tratamento e **insistir também pra elas voltar**, parar é muito ruim! (Marta).

Uma paciente salientou que seria importante que fosse inserida na assistência ajuda psicológica e apoio social, através da doação de alimentos:

Eu sugeria, que tivesse ajuda psicológica, muitas pessoas, às vezes precisa, você tem um marido viciado, um filho viciado (...). Dar **uma cesta básica para ajudar a família né! Porque realmente agente precisa né...** (Rute).

Houve uma paciente que mencionou que a falta de médico na USF da sua localidade refletiu na dificuldade de continuar o tratamento, pois muitas vezes não tinha meios de se locomover até outras unidades pelo preço do transporte:

Tem que ter mais médico, como no nosso caso aqui não tinha nem médico, chegou à doutora agora. Para gente é difícil, não tem às vezes o dinheiro de passagem, questão financeira né! Eu não tinha o dinheiro da passagem! Eu me sentia mal por causa dos remédios, precisava me tratar e não tinha médico aqui (Sara).

Um paciente quando perguntado o que achava importante para melhoria do PCT, solicitou ajuda para inserção no mercado de trabalho:

O que eu acho importante? **Ajudar as pessoas com esta doença a arrumar emprego né!** Eu vejo, tem gente pior do que eu, assim, um faquir que não aguenta nem andar! Não tem uma renda, não tem vez no mercado de trabalho! A pessoa com tuberculose, não consegue trabalhar (Paulo).

Por motivos óbvios perguntamos como se encontravam em relação à saúde após o período de abandono e se haviam retomado ao tratamento. Apenas cinco retornaram, relatando sentirem-se bem:

Estou bem! Voltei para o tratamento, agora eu tenho que fazer outro exame e bater uma chapa para saber como é que estou (Eva).

Estou super melhor, super legal, depois que voltei a me tratar estou fazendo coisas agora que eu não conseguia fazer! (Lucas).

Os demais pacientes (oito), que não retornaram, apresentaram-se bastante debilitados e alguns não esboçaram ânimo para a busca da cura. Foi mencionado o receio de enfrentar as dificuldades inerentes ao tratamento farmacológico:

Minha saúde? Está ruim! Está péssima! Venho aqui um pouquinho e cama, tenho me sentido muito mal, **mas só de ter que voltar e tomar aqueles remédios, enfrentar tudo de novo desanima!** (Abrão).

Minha saúde está ruim! Porque eu ainda sinto dor nas costas! Ainda sinto muita dor nas costas. Ah, não sei por que não voltei a tratar a doença... **Voltar e ter que tomar todos aqueles remédios de novo é muito ruim, não gosto nem de pensar...** (Marta).

Minha saúde agora está péssima! Eu estou sentindo dor em todos os ossos! Vou te falar, Deus que me perdoe, eu estou ruim assim, **mas só de pensar em passar tudo de novo com aqueles remédios...** Eles me fazem sentir pior! (Ana).

8.7 Discussão Sobre a Compreensão do Abandono do Tratamento

Não são novos na literatura os achados de pesquisadores apontando pacientes que abandonam o tratamento em decorrência do tratamento farmacológico devido o desconforto causado pelos medicamentos, seja por efeitos adversos e/ou pelo tamanho dos comprimidos. (PAIXÃO; GONTIJO, 2007, MENDES; FENSTERSEILER, 2004 e CARDOSO; CAMPOS, 2009).

A literatura descreve que os medicamentos podem apresentar efeitos colaterais variados que vão desde acometimentos neurológicos como excitabilidade psicomotora, formigamento nos lábios e nas extremidades a outros sintomas considerados mais leves, como náuseas, vômitos, erupções cutâneas, icterícia, asma e artralgias (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde orienta, que 5% a 20% dos pacientes tratados podem apresentar efeitos adversos leves, não havendo necessidade de mudança de esquema terapêutico, e entre 2% a 8% ocorrem efeitos adversos que necessitam de mudanças no esquema ou até mesmo interrupção no tratamento (BRASIL, 2002).

Em relação ao abandono devido à melhora dos sintomas no início do tratamento, estudos realizados por Rodrigues et al, 2008 e Paixão; Gontijo, 2007 também demonstraram que os pacientes nesta fase do tratamento, abandonam pela melhora do quadro e por entenderem que estão livres da doença.

A violência, presente em algumas comunidades da AP 5.3, apareceu como barreira para a continuidade do tratamento de uma depoente. A violência também impede o deslocamento das equipes saúde da família na busca ativa dos pacientes. Através de relatos de alguns profissionais, durante visitas às unidades, ficou evidente que trabalhar nessas áreas no dia a dia se tornou um grande desafio, dificultando a própria contratação de profissionais de saúde, temerosos de atuarem em área de risco.

Longo, 2009, em seu estudo na AP 5.3 também demonstrou este problema relacionado à violência. Estudo realizado por Souza et. al, 2007, quando buscaram descrever as peculiaridades do controle da tuberculose em cenários de violência urbana em uma comunidade carente do Rio de Janeiro, apontaram estas mesmas dificuldades encontradas pelas equipes saúde da família da AP 5.3.

Em relação aos DSS que contribuíram para o abandono do tratamento, eles foram apresentados no momento em que se buscou a compreensão do contexto de vida dos pacientes na época do tratamento. Foram apresentados os seguintes fatores: ineficiência das Políticas Públicas, desigualdade social, precárias condições socioeconômicas, baixa escolaridade, analfabetismo funcional, desemprego ou condições precárias de emprego, falta de alimento como meio de subsistência, falta de meios para o transporte para continuidade do tratamento e ausência do apoio familiar e dos amigos.

Em relação a estas variáveis, é possível que alguns profissionais das equipes saúde da família da AP 5.3 sintam dificuldade de lidar com tantas nuances que extrapolam o âmbito biológico.

Procuramos identificar se os pacientes que estiveram em abandono do tratamento retornaram e como se encontravam em relação ao estado de saúde. Encontramos apenas cinco que haviam retornado. Dois estão em abandono desde 2007, quatro desde 2008, um desde 2009 e um que abandonou o tratamento em 2010.

Foi percebido que alguns profissionais das equipes saúde da família se mobilizam para que os tais retornem, no entanto parece que as estratégias utilizadas não são suficientes. Foram observadas grandes resistências de alguns pacientes para retornarem ao tratamento, apesar de sentirem-se mal de saúde. Tal resistência pode relacionar-se a vários fatores: dificuldades de compreensão sobre o processo-saúde doença, pouca escolaridade, experiências negativas anteriores com os

serviços, mas, seguramente, agravadas pelas condições precárias condições socioeconômicas que vivem.

Foi possível também identificar unidades, através de conversas com os profissionais das equipes saúde da família que descreviam já ter tentado fazer com que alguns pacientes retornassem e usavam discursos defensivos: **“Eu já fui visitá-lo, mas ele não quis voltar! Minha parte eu já fiz”**. Esta fala nos remete a ideia de que a busca ativa pode ter sido realizada de modo burocrático, sem um esforço mais incisivo para que os pacientes retornem ao tratamento.

Durante está investigação encontramos pacientes que relataram estar bem de saúde. Esta melhora pode está associada à ausência dos sintomas em virtude do retorno ao tratamento e do uso das medicações. Uma das vantagens do tratamento para tuberculose é a melhora dos sintomas logo no início da tomada dos medicamentos. O bem-estar pode estar associado a se sentirem acolhidos pelos profissionais das equipes saúde da família em paralelo a percepção da diminuição da fragilidade corporal decorrente da doença.

Alguns dos que abandonaram o tratamento se mostraram sem estímulo devido ao receio dos efeitos adversos dos medicamentos e como observado, devido a não percepção dos riscos a que estão expostos por serem portadores de uma doença com grande potencial de mortalidade. Ter encontrado tal situação, trouxe-nos certa preocupação devido ter entendido que as equipes em algum momento já se mobilizaram para que retornem para o tratamento.

Estes pacientes foram orientados no momento da coleta de dados, por questões éticas, da importância de retornarem ao tratamento. Na unidade de sua localidade acordou-se com os Enfermeiros para que estes pacientes fossem acolhidos. As informações obtidas nas entrevistas não foram repassadas para as equipes.

Através das narrativas sobre como melhorar o PCT, foi interessante compreender que os pacientes sentem a necessidade de que os profissionais das equipes saúde da família continuem insistindo para que retornem ao tratamento. Tal necessidade pudemos entender que tiveram devido o medo de ser abandonados pelos serviços de saúde que em outras ocasiões já os orientaram para que retornassem ao tratamento.

Houve uma sugestão de oferta de atenção psicológica, corroborando uma provável dificuldade dos profissionais das equipes saúde da família em integrarem

aspectos não biológicos da doença. No dia a dia, os profissionais buscam estratégias para lidarem com as fontes estressoras desencadeadas pela assistência aos pacientes adoecidos. Este distanciamento pode refletir na qualidade da assistência e em uma postura impessoal que os fazem não se envolverem tanto com os problemas dos pacientes e com isso a escuta, tão importante neste contexto, fica limitada às ações terapêuticas.

Houve também a sugestão de contratação de mais médicos para uma determinada USF. Como apresentado, havia em alguns períodos dificuldades de contratação de profissionais para a área, principalmente, médicos devido alguns territórios apresentarem alto índice de violência e domínio de facções criminosas, sendo, portanto uma questão, infelizmente, bastante atual e presente a debates de diversos segmentos da sociedade.

As equipes até certo ponto caminham sem a presença do médico, no entanto, há limites que geram entraves para o tratamento dos pacientes e dificuldades para as equipes saúde da família darem prosseguimento ao seu processo de trabalho.

Uma depoente sugeriu à melhora do tratamento farmacológico devido os problemas ocasionados pelos medicamentos. O MS tem providenciado mudanças em relação ao tratamento farmacológico. O novo esquema proposto aumentará o número de drogas de três para quatro e reduzirá a quantidade de comprimidos diários de seis para dois (BRASIL, 2009). Tais mudanças poderão reduzir os casos de abandono devido aos inconvenientes causados pelos medicamentos, incluindo a possível redução dos efeitos adversos com a diminuição da quantidade.

As questões do abandono do tratamento da tuberculose se compreendidas além dos meios das tabelas do Excel ou outros tipos de recursos, é capaz de esboçar uma vertente importante para a compreensão dos profissionais das equipes saúde da família e apresentará uma tela onde a pintura exposta demonstre vidas, que no seu cíclico mover perdeu muitas vezes a esperança pela cura em decorrência de tantas situações inerentes de uma vida, não vivida, mas sobrevivida em meio há tantas precariedades.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou a percepção dos pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose na AP 5.3 do Município do Rio de Janeiro, e estavam sendo acompanhados pelas equipes saúde da família. Ficou evidente que este desenlace desfavorável está ligado às características biológicas do agente etiológico e da patologia, à logística do tratamento, mas também ao processo social no qual estas famílias e comunidades estão enredadas.

O trabalho de campo permitiu imergir no cotidiano destes cidadãos e perceber como estiveram fragilizados por problemas diversos quando adoecidos e deste modo não conseguiram alcançar o processo de cura. Podemos constatar que no cotidiano viviam em condições precárias de habitação, desemprego ou subemprego, ausência apoio familiar, pouca escolaridade, baixa renda familiar, falta do alimento para subsistência e falta de recursos financeiros para meios de transportes para continuidade do tratamento.

O que este estudo alcançou de diferente foi a aproximação de indivíduos concretos, em uma das cidades mais famosas e contraditórias do mundo, em um país rico, mas de população pobre em um contexto de vida de isolamento e alienação no qual a tuberculose, muitas vezes, parece não ser o pior problema.

Em um modelo assistencial como o proposto para a ESF, era de se supor uma mudança no vínculo entre profissionais e pacientes em tratamento para a tuberculose. Ao caracterizar as percepções dos pacientes acerca da atenção recebida em decorrência do tratamento, os resultados iluminam aspectos do processo de trabalho das equipes saúde da família e dinâmica de suas ações. Aparecem situações que apontam para o esforço de alguns profissionais em estabelecer vínculos e fornecer orientações com limitada assimilação por estes pacientes.

É possível que algumas orientações fornecidas tenham sido equivocadas, num contexto de um longo tratamento. Os dados sugerem equívocos por parte de alguns profissionais decorrentes do modelo monocausal de saúde-doença. Conhecimentos biomédicos oriundos do método experimental não incluem variáveis importantes acerca do enfrentamento da tuberculose num contexto como o da AP

5.3. Subdimensiona ou ignora o processo social que coloca à margem todo um conjunto que afetam indivíduos em grave risco social.

Parece haver barreiras de difícil transposição para os pacientes lidarem com a doença, demandando mecanismos que propiciem aos profissionais de saúde lidar não apenas com a doença, mas também com os determinantes sociais que ocasionam o abandono do tratamento. As camadas pobres da cidade foram vítimas de governos que as deixaram a margem da vida social, enfrentando a fome e a exclusão.

E necessário que as equipes se apoderem melhor do reconhecimento do território em suas características sociodemográficas e epidemiológicas, na lógica da vigilância em saúde, direcionando suas atividades para a busca ativa e estabelecimento de metas que contemplem os pacientes que não estão assistidos. Haja visto que o Plano Nacional de Controle da Tuberculose considerou a ESF importante subsídio para melhorar a assistência dos pacientes com tuberculose, e propor a descentralização das ações para a Atenção Primária com objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde.

A população por falta de conhecimento da estratégia e por não entender que se trata de ações pautadas na prevenção dos agravos a doença, muitas vezes solicitam atendimentos sem agendamentos, como acontece nos prontos socorros. O fato de não terem suas demandas atendidas pode gerar recusas a continuarem sendo acompanhados. Neste sentido, cabe adequar a oferta de serviços na AP 5.3 e orientar a população para diminuir insatisfações com os serviços prestados.

Quanto ao conhecimento dos pacientes em relação à doença, apesar dos esforços de algumas profissionais das equipes saúde da família em orientá-los e, apesar das campanhas do MS, percebe-se que há pouca assimilação das informações. Foi analisado que tal fato é agravado pela baixa escolaridade ou precariedades dos sistemas de ensino.

A falta de conhecimento pode induzi-los a erros no tratamento, principalmente com relação aos medicamentos e não seguirem as rotinas pré-estabelecidas nas USF e no PCT (falta a consultas agendadas) negar-se a realizarem os exames de rotina, o não recebimento dos profissionais durante as VDS e até o abandono do tratamento.

É necessário que as equipes saúde da família estejam atentas para os aspectos socioculturais dos pacientes que assistem e procurem alcançá-los e

aproximá-los do tratamento com uma linguagem mais acessível, evitando o uso de jargões durante os atendimentos. As equipes saúde da família podem investigar seu nível de cognição, a religiosidade e o modo como cada um explica o próprio adoecimento, através de uma anamnese interessada¹⁶, de preferência envolvendo a presença de algum familiar nas condutas terapêuticas, para que possam se tornar atores coadjuvantes em todo processo, minimizando os fatores de abandono do tratamento.

Em relação aos estigmas relacionados à doença, os pacientes foram vítimas nas relações familiares, nos círculos de amizade, no convívio com vizinhos e através de alguns profissionais lotados em um hospital. Ainda que não tenham sido responsáveis diretamente pelo abandono do tratamento, configuraram-se em situações extremamente constrangedoras e que podem favorecer o abandono.

Os profissionais de saúde têm papel importante e podem minimizar as estas situações. É importante que os pacientes sejam orientados quanto à possibilidade de tais situações surgirem em seu cotidiano e devem se sentirem acolhidos em momento de vulnerabilidade emocional decorrente dos constrangimentos que possam surgir para que saibam lidar com o problema. No que se refere aos profissionais de saúde ainda nos dias atuais adotarem atitudes preconceituosas em relação à tuberculose, é algo a ser problematizado nas atividades de educação permanente. É necessária a busca por conhecimento para que saibam lidar com a doença e entendam seu ciclo biológico, até mesmo para que não se sintam tão vulneráveis a ponto de deixar transparecer aos pacientes o medo do contágio da doença.

Alguns profissionais se sentem corresponsáveis pela saúde dos pacientes, com destaque para os ACS que buscam estratégias para ajudá-los, tipo parcerias com comerciantes locais ou entre os profissionais das equipes saúde da família ou/e parcerias com instituições religiosas ou ONGS entre outras que podem contar para ajudá-los, principalmente na questão na falta do alimento.

São louváveis as ações e motivo de apreciação a atitude de alguns profissionais que tentam auxiliar os pacientes a resolver alguns problemas que enfrentam. A busca por parcerias nos territórios adstritos onde atuam entendemos

¹⁶ Informações detalhadas levantadas de antecedentes fisiológicos e patológicos dos pacientes e seus familiares bem como outros aspectos relevantes para assistência à saúde.

que sejam importantes, mas acionar as redes de apoio existentes na área para auxiliá-los a resolverem tais problemas entendemos também que seja importante.

Não dá para atribuir a resolução dos problemas dos pacientes somente a um grupo, ou estes não devem buscar solucioná-los sozinhos. Existem as possibilidades de que haja barreiras no caminho difíceis de transposição quando se trata de tantos problemas sociais.

Em cada Coordenação de Programática de Saúde de cada Área do RJ, existe o setor de Serviço Social e estes com Assistentes Sociais e demais profissionais capacitados e preparados nas academias para lidarem com os aspectos derivados de condicionantes sociais ou no NASF dispõe deste serviço, ou estes de encontram nos CRAS. Existem também os grupos de saúde mental com profissionais capacitados que podem norteá-los para ajudá-los nas questões derivadas de situações de ordem psicossocial.

As APs em seu território dispõem dos serviços das Coordenadorias Regionais de Educação que podem também serem acionadas, por exemplo, mediante a inclusão destes indivíduos no processo de aprendizagem através alfabetização de adultos.

Em relação às moradias insalubres em que vivem os pacientes, percebe-se que favorece ao adoecimento, devido sua precariedade. Entendemos que a parceria com alguns setores da própria Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e Governo Estadual que tratam destes assuntos podem ser acionadas para tentarem minimizar tais problemas junto às equipes saúde da família.

O Governo Estadual do Rio de Janeiro atualmente trabalha com o Programa de Aceleração do Crescimento das Comunidades (PAC) este podem ser um bom caminho que poderá abrir uma perspectiva para melhorar essas questões de habitação na AP 5.3.

O problema da violência em algumas comunidades, relatada como preocupação pelos profissionais de saúde e alguns pacientes, indica que a busca de parcerias com a Polícia Militar da área, pode abrir possibilidades que norteiem para a discussão do problema.

É necessário se pensar nestas questões haja visto que as equipes saúde da família se encontra também em grandes centros urbanos, onde é presente a violência, inclusive nas próprias unidades de saúde impondo suas leis, como nos casos a ordem para o fechamento e impedimento para os pacientes serem

alcançados pelas equipes ou dos mesmos alcançá-las para continuarem se tratando e também na dificuldade de se lotar profissionais de saúde em áreas de domínio de traficantes de drogas.

Os Serviços Sociais da área com suas Assistentes Sociais podem instrumentar os pacientes com orientações acerca dos benefícios a que tem direito em decorrência da doença, como os direitos relacionados ao Programa Bolsa Família, benefícios do INSS, indicações de agências de empregos, cursos profissionalizantes e capacitar as equipes saúde da família para lidarem com os problemas relacionados aos determinantes sociais a saúde.

Entendemos que há esforços da SMSDCRJ, da CAP 5.3 em suprir as necessidades da população.

A SMSDCRJ no ano de 2010 contratou a empresa Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina para gerenciar juntamente com a CAP 5.3 as USF da localidade. Mediante a esta nova estrutura de gestão, a AP 5.3 tem passado por mudanças para melhorar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Há projeções ambiciosas de aumentar a cobertura da área para 100% da população. Desde 2010 Foram inauguradas 11 novas unidades de saúde da família e deste modo a ESF alcançou a meta de cobertura de 89%, que anteriormente estava em torno de 35%.

Percebe-se que há uma preocupação da gestão com a cobertura e quantidades dos números de consultas ambulatoriais. Houve, no entanto, redução do número de VDS para que fosse alcançado o objetivo¹⁷. Os enfermeiros, por exemplo, tinham que cumprir quatro turnos de VDS por semana, sendo reduzidas para dois. Os médicos cumpriam dois turnos, que agora se restringem a um. Em paralelo a AP 5.3 enfrenta o fechamento de duas unidades de atenção terciária na localidade sendo estas: o Hospital Estadual Pedro II¹⁸ e o hospital Filantrópico República da Croácia¹⁹.

Há diariamente nas unidades de PSF um contingente grande de pacientes desassistidos devido o fechamento destas duas instituições o que tem refletido nos processos de trabalho das equipes. Como profissional desta área percebo a

¹⁷ Metas repassadas pelos gestores locais em reuniões de colegiado para equipes a qual participei quanto profissional e ter sabido informalmente por outros profissionais que atuam na área.

¹⁸ Esta Unidade hospitalar de referência para a AP 5.3 e que recebe demanda de várias outras áreas e municípios, sofreu um incêndio em outubro de 2010 e permanece fechado aguardando reformas.

¹⁹ Esta Unidade foi fechada pela vigilância sanitária em junho de 2010 por não cumprir as normas exigidas.

desmotivação por não conseguirem produzir o modelo de atenção à saúde da população para qual foram contratados. Estes problemas têm dificultado a reorganização do sistema de saúde da localidade. Tem havido a reprodução de um modelo que tem ido de contramão pelo que se espera para a reorganização da Atenção Primária através Estratégia Saúde da Família.

Conversando com os gerentes das unidades de PSF, algumas atualmente intituladas Clínicas da Família, fui informado que tem sido grande a evasão de profissionais, principalmente médicos. Com o objetivo de fixar estes profissionais na ESF houve um aumento de salário dos médicos, diferenciado das demais áreas da cidade devido Santa Cruz ser uma área distante do centro do RJ e com algumas comunidades com situações de violência impostas por traficantes.

Percebemos que não basta o aumento de salário objetivando a fixação de profissionais. É necessário que na gênese de sua formação sejam implementadas grades curriculares que despertem interesse de atuarem na Atenção Primária, especificamente na ESF, que parece não ser muito atraente para estes devido ocorrer a desvalorização até mesmo da classe. Comum é ouvi-los dizer que os próprios colegas de profissão que atuam em outras especialidades dizer que ESF é medicina de pobre e que qualquer um pode fazer. De fato há desvalorização para esta área de conhecimento. Percebe-se que muitos médicos já saem formados na academia com foco voltado para especializações mais atraentes que lhe tragam um retorno mais satisfatório economicamente, como as especialidades voltadas para cirurgias estéticas, dermatologias e outras.

Acreditamos que este problema será minimizado ao longo do tempo com a implantação das diretrizes curriculares para cursos de graduação, mas, no entanto, a população não pode esperar tanto para que suas necessidades sejam atendidas. Com o atual movimento de ampliação da implantação das novas USF a preocupação com preparo das equipes saúde da família deve se fazer o mais precocemente possível.

Para resolver ou pelos menos minimizar os problemas que se configuram no processo de trabalho das equipes, acreditou que eles precisam ser encarados com medidas proativas baseadas na capacitação das equipes e na educação permanente. É importante que os gestores as incentivem e ofereçam ferramentas para construção de uma assistência que alcance a gênese dos problemas de

abandono a ponto de interromper o ciclo vicioso da doença: a falta de vínculo, a exclusão histórica, o estigma, que trazem sofrimento humano.

No que concerne o tratamento farmacológico propriamente dito, que ocasiona desconforto pelos efeitos adversos e tamanhos dos comprimidos, o paciente deve ser monitorado pelas equipes num acompanhamento mais próximo durante a assistência. Em relação à melhora dos sintomas no início do tratamento, que pode ser percebida como cura, a sugestão anteriormente também se enquadra. É importante que os pacientes saibam da possibilidade de acontecerem tais situações para que não desistam de se tratarem.

Os resultados desta pesquisa sobre o abandono de tratamento para tuberculose pelos pacientes acompanhados pelas equipes saúde da família da AP 5.3, não visam conclusões definitivas. Entendemos que outros pesquisadores poderão trilhar caminhos análogos e nortear seus estudos para esta compreensão em outras áreas. Mas estes ainda que inclusivos, precisam ser valorosamente, incessantemente, continuarem sendo mostrados para que a doença e o sofrimento ocasionado para os pacientes e suas famílias não continuem sendo negligenciados, conforme nos mostra a história da tuberculose que há séculos esboça um compêndio de publicações em relação a uma doença tão antiga.

Esperamos que este estudo propicie ferramentas para as equipes saúde da família que prestam assistência aos pacientes com tuberculose reflitam, não somente nos aspectos biológicos, mas também em relação a outros que fazem os indivíduos, além de adoecerem, também fragilizarem-se, e, deste modo, desistam do processo de busca pela cura.

REFERÊNCIAS

AMORIN, A.; BLANCO, M. Coleção de estudo da cidade. **O Índice Desenvolvimento Humano (IDH) na cidade do Rio de Janeiro**. IPP/Prefeitura municipal do Rio de Janeiro. Dezembro de 2008.

ARCÊNIO, R. A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários de São Paulo** (2005). In: SILVA A. C. O.; SOUSA M. C. M; NOQUEIRA J. A; MOTTA M. C. S. **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007; 9 (2): 402-416.

BAILLY, A. Dictionnaire grec-français In: Araújo, Gustavo Dias. **Representações sociais da tuberculose construídas por pacientes em regime prisional**. 94 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais) Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação Educacional de Divinópolis, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BERNARDINO, F. E et al. **O cotidiano profissional do assistente social no programa Saúde da Família em Campina Grande**. In Cadernos Especiais n. 36, edição: 31 de julho a 28 de agosto de 2006. Disponível em www.assistentesocial.com.br. Acesso em: 08 de fevereiro 2010.

BERTOLOZZI, M. R. **Adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã**. 211 f. [tese de Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo: 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para controle da tuberculose**. 6. ed. Brasília (DF), 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendação para controle da tuberculose no Brasil**. Brasília (DF), 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília (DF), 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Nova estratégia amplia acesso ao tratamento da tuberculose**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 12 de Abril

2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil reduz a incidência da tuberculose e melhora posição na lista de países com maior número de casos no mundo**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes//>. Acesso em: 03 de abril 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa de Tuberculose. **Diretrizes para o controle da tuberculose**. Brasília (DF), 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano VIII, n.16. Out - Dez 2007. Brasília (DF), 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa Saúde da Família: PSF. Brasília, 2001.

_____. Presidente. LUIS, I.L.S. **Mensagem ao Congresso**. 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 53ª Legislatura. Presidência da República, Secretária Geral da Presidência da República. Brasília (DF), 2008. Disponível em: <http://www.deolhonocongresso.com.br>. Acesso em: 14 de abril 2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose: Uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRIZ, TEODRO et al. **O controle da tuberculose em Portugal: Uma apreciação crítica epidemiológica global**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. v. 27, n. 1- Janeiro/Junho 2009.

BUSS, P.M.; FILHO, A.P. **A saúde e seus determinantes sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93,2007. Paulo: 1998.

CARDOSO, C. C. L.; CAMPOS, E. C. S. **Tuberculose: O retorno de uma velha doença**. Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social. Ano 2, n. 4. Julho de 2006. ISSN – 1807-698X. Disponível em: [http:// www.assistentesocial.com.br](http://www.assistentesocial.com.br). Acesso em: 14 de julho 2009.

CARVALHO, C. L.; MARTINS, E. M. **O significado das doenças nas sociedades**. Distrito Federal: Secretária de Políticas de Saúde, Coordenação Geral de RH para o SUS, 1998.

CAVALLIERI, F. L. Coleção de estudos cariocas. **Novas estimativas do IBGE para a população do Rio de Janeiro. IPP/Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro**. Janeiro, 2008.

CONDE, M. B. et al. **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

COSTA, L. et al. Tuberculose: **Análise das variáveis relacionadas ao abandono de tratamento no município de São José do Rio Preto – São Paulo**. HB Científica, São Paulo, v. 9, n. 2, maio–ago. 2002.

DENZIN, N.K; LINCOLN, Y.S. Editors. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage publications, 1994.

DICK, j.; LOMBARD, C. **Shared vision: health education Project designed estou enhance adherence to anti-tuberculosis** In: PAIXÃO, L.M. L.; GONTIJO, E.D. **Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG**. Rev Saúde Pública, 2007; 41 (2): 205-13.

FREDERICK, K. D. A. et al. **An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment**. BMC Public Health 2004, 4:68 10.1186/1471-2458-4-68. Disponível em: [http:// www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?](http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?). Acesso em: 21 de julho 2009.

FERREIRA, S. M. B. et al. **Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá MT-Brasil**. Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 31. n. 5. Set - out. Rio de Janeiro, 2005.

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.

FRIEDEN T.R.; SBARBARO J.A. **Promoting adherence to treatment for tuberculosis: The importance of direct observation.** Bull WHO 2007; 85(5).

GONÇALVES, H. et al. **Percepções e limites: Visão do corpo e da doença.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 9 (1): 151-173,1999.

GRASEFF, V. S. **Evolução da incidência, prevalência da tuberculose no estado de São Paulo.** 2007. 41f. Monografia (Pós Graduação em saúde pública com ênfase em PSF). Centro universitário São Camilo, São Paulo, 2007.

GRZYBOWSK, S.; ENARSO D. A. **El destino de los casos de tuberculosis pulmonar sometidos a diferentes formas de tratamiento.** Bol Union Int Tuberc, 1978;53:66-71.

HIJJAR, M. A. **Tuberculose: Desafio permanente.** Cad. Saúde Pública. v. 21, mar-abr. Rio de Janeiro, 2005.

_____. et al. **A tuberculose no Brasil e no mundo.** Bol. Pneumol. Sanit., Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Dec. 2001.

_____. et al. **Epidemiologia da tuberculose: Importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro.** Bol pneumo. v. 9, n. 2. Rio de Janeiro. Abril-Maio-Junho, 2005.

_____. GERHARDT, G. et al. **Retrocesso do controle da tuberculose no Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 41, set 2007.

IBGE. **Síntese dos indicadores Sociais 2010: Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>. Acesso em: 28 de setembro 2010.

IGNOTTI, E. et al. **Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cárceres, Mato Grosso antes e depois da implantação do Programa Saúde da Família.** J. Bol. Pneumol. v. 33. n. 3. Mai-Jun 2007.

INOCÊNCIO, Doralice. **Entre a ciência e a crença: A postura médica frente à “cura religiosa”**. Âncora. Revista digital de estudos religiosos. v. 3. ano 2, Novembro de 2007.

JUNTOS NA LUTA CONTRA A TUBERCULOSE. **Bol Pneumol Sanit.**, v. 10, n. 2, Rio de Janeiro, dez. 2002.

LIMA, M. B. L. et al. **Estudo de casos sobre o abandono do tratamento da tuberculose; avaliação do atendimento, percepção e conhecimento sobre a doença nas perspectivas do cliente (Fortaleza, Ceará, Brasil)**. C. de Saúde Pública; 17 (4): 877-885. Rio de Janeiro, Jul-agos. 2001.

LONGO, Ângela Marta da Silva. **Tratamento Diretamente Observado (DOTS) para tuberculose: Um estudo comparativo entre Estratégia Saúde da Família e Uma Unidade Básica de Saúde no Rio de Janeiro**. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. DE. **Pesquisa em educação: Abordagem qualitativa**. SP: ER, 2003.

MARINQUE, F. M. C. **Factores de risco para abandono (no adherence) Del tratamiento antituberculose**. Rev MED UNAB. v.7. n.21. Bucaramanga, Colômbia, diciembre de 2004.

MAZZEI, A. M. A. et al. **Suporte social para o portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade**. Bol Pneumol Sanit, 2003:11(2):41-46.

MENDES, A. M.; FENSTERSEILER, L. M. Tuberculose: **Porque os pacientes abandonam o tratamento?** Bol Pneumol Sanit. v. 12. n. 1. Rio de Janeiro, 2004.

MINAYO, M. C. S (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MUNIZ J. N. **O Programa de Agentes de Saúde na identificação de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose em Ribeirão Preto-SP: Um desafio para atenção primária à saúde**. 155 f. [Tese]: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

MURRAY, C.; STYBLO, K.; ROUILLON A: **Tuberculosis**. In: **Disease Control Priorities in Developing Countries**. Edited by: JAMISOM, D.T, et al. New York: Oxford University Press; 1993.

NATAL, S. et al. **Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar**. Boletim de Pneumologia Sanitária. v. 7. n. 1. Jan-jun 1999.

_____. ELIAS. M.V. **Projeto de análise de informação para tuberculose**. Boletim de Pneumologia Sanitária. v. 8, n. 1. Jan-Jun 2000.

NETTO, A. R. **Tuberculose: A calamidade negligenciada**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 35 (1): 51-58, jan-fev, 2002.

_____. **Brasil: Doenças emergentes ou reemergentes?** Medicina. Ribeirão Preto, 1997.

OLIVEIRA, FL.; CAVALLIERI, F. Coleção de estudos cariocas. **Estimativas do IBGE para a população do Rio de Janeiro em 2008: nota técnica**. IPP/ Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Dezembro, 2008.

OLIVEIRA, F.A. **Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação**. Interface - comunicação, saúde educação, v. 6, p. 63-74, 2002.

PAIVA, A. P. et al. **Impacto das ações implantadas no Programa de Controle da Tuberculose no Hospital Universitário** In: FERREIRA, S. M. B, SILVA, A. M. C. et al. **Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá MT-Brasil**. Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 31. n. 5. Set - out. Rio de Janeiro, 2005.

PAIXÃO, L. M.; GONTIJO, E. D. **Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG**. Rev. Saúde Pública 2007;412 (2):205-13.

PELEQUIN, M. H. H. et al. **Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo**. Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 31. n. 5. Set - out. Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, S. A. **Tratamento compulsório da tuberculose: Avanço ou retrocesso?** Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 29, n. 1. São Paulo, jan-fev. 2003.

RODRIGUES, G. O et al. **A expansão do tratamento supervisionado (TS) para o controle da tuberculose na Paraíba (1999-2005)**. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(3):632-42.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec, 1994. 423 p.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. Boletim Epidemiológico. **Coordenação de doenças transmissíveis. AIDS, Tuberculose e Hanseníase**. Novembro, 2008.

SÁ, L. D. et al. **Tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde da Família: Histórias de abandono**. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis. 2007 Out – Dez, 16 (4): 715-8.

SCATENA, L. M. et al . **Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000300001&lng=pt&nrm=ISO>. Acesso em: 26 de julho 2009.

SILVA, A. C.O. et al. **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do Enfermeiro**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 9, n. 2, p.402-416, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Manual boas práticas de adesão - HIV/AIDS**. São Paulo: [s. n.], 2005.

_____. 2005. **Dimensões e desafios da infectologia**. Disponível em: <http://www.infectologia.org.br/> Acesso em: 14 de fevereiro 2011.

SOUZA, F. B. A. et al. **Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro**. J Bras Pneumol. 2007;33(3):318-322.

SOZA, P.N. I. et al. **Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: Resultados de un estudio comparativo**. Rev Panam Salud Pública, 2005;17(4):271-8.

TRIVIÑOS, A. M. S. **Introdução em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

VENDRAMINI, S. H. F et al. **O tratamento Supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão preto: a percepção do doente.** 180 f. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis Voices of the unheard. Regional off for the eastern mediterranean.** Cairo, Egypt, 2008.

_____. **Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing.** Geneva: WHO report, 2008.

_____. **Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing.** Geneva: WHO report, 2005.

_____. **Tuberculosis.** Nota descritiva n.104, 2006.

WALLACE FOX. **Compliance of patients and physicians: Experience an lessons from tuberculosis.** II Br Med J 1993;287:101-105.

ANEXOS

ANEXO 1- ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

Data: ____/____/----

Entrevista nº _____

1. Nome: _____
2. Endereço da residência: _____
3. Telefones para contato: _____
4. Data de início do tratamento: ____/____/____
5. Data do abandono do tratamento: ____/____/____
6. Idade em anos: _____
7. Sexo: feminino () masculino ()
8. Estado Civil: () solteiro () casado ou união estável () divorciado ou separado () Viúvo
9. Naturalidade _____
10. Escolaridade: Ensino fundamental completo ()
 Ensino fundamental incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Médio Incompleto () Superior Completo () Superior Incompleto ()
11. Situação Profissional: Emprego formal () emprego informal () autônomo () desempregado () aposentado () outros: _____
12. Renda familiar: até 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 04 a 10 salários mínimos () acima de 10 salários ()
13. Quando o senhor (a) conheceu o posto de saúde ... [identificação da USF]?
14. Porque o senhor (a) acha que pegou a tuberculose? [Como foi?]
15. Como o senhor (a) descobriu que estava com tuberculose? [Quando foi? O que aconteceu? O que sentia? Quem informou? Como informou?]

16. Antes disso como era sua saúde? [Já havia feito algum tratamento de saúde?]
17. Com quem o senhor (a) morava nesta época?
18. O senhor (a) trabalhava? [em que?]
19. Quem lhe explicou o que fazer para tratar a tuberculose? [O que lhe explicou? Como lhe explicou?]
20. Como foi o seu tratamento? Quanto tempo durou? O que foi mais difícil?
21. Como o senhor (a) foi tratado no posto de saúde durante o tratamento?
22. O que fez com que o senhor (a) parasse o tratamento?
23. De todos os profissionais que atendeu o senhor (a) durante o tratamento, quem em sua opinião é capaz de ajudá-lo a retornar ao tratamento? [ACS, médico, Enfermeiro ou outros?]
24. Como está a sua saúde atualmente? [Retornou ao tratamento? Teve alta do tratamento?]
25. Alguma vez o senhor (a) se sentiu discriminado por causa da tuberculose? (no posto de saúde? Fora do posto?)
26. Você tem religião? (acha que pegou tuberculose por causa de alguma coisa relacionada a Deus, ou a religião?)
27. Se você fosse me dá um conselho para melhorar o atendimento dos pacientes com tuberculose, que conselho você me daria?

Dados de Observação

Raça (observar): Negra () branca () parda () amarela () indígena ()

Aspectos da Moradia:

ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre o atendimento a pessoas com tuberculose oferecido nesta área da cidade. O objetivo da pesquisa é entender porque motivos esse tratamento foi interrompido. O pesquisador, Enfermeiro Hermes Candido de Paula, trabalha na Estratégia Saúde da Família no Bairro e está fazendo um curso de Mestrado em Saúde da Família (na Universidade Estácio de Sá), sendo orientado pela Dr^a Prof^a Adriana Cavalcanti de Aguiar.

Sua participação não é obrigatória e qualquer momento o senhor (a) pode desistir de participar da entrevista. A entrevista é composta de 28 perguntas e deve demorar em torno de 30 minutos. Sua participação é muito importante e o seu nome ou outros dados que possam identificá-los na pesquisa não aparecerá em nenhum material escrito, caso o senhor (a) concorde sua entrevista será gravada em áudio. Todas as informações são confidenciais e os dados colhidos serão examinados pelo pesquisador ou por outras pessoas envolvidas no estudo, sua participação poderá ajudar a melhorar o atendimento a pessoas que sofrem de tuberculose no Rio de Janeiro. De maneira alguma o senhor (a) terá seu atendimento prejudicado nos serviços de saúde da localidade devido à pesquisa, ou caso não queria participar da mesma. As entrevistas gravadas serão destruídas após serem utilizadas para os objetivos mencionados.

Quaisquer dúvidas sobre a pesquisa poderão ser sanadas a qualquer momento por telefone do pesquisador ou da orientadora ou do Comitê de Ética em pesquisa da Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (ou

através dos emails) que constam em cópia deste termo que será entregue logo após seu consentimento e assinatura.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Pesquisador: Nome: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Participante: Nome: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Telefone e emails:

Pesquisador: Hermes Candido de Paula

Telefone: 2333-7280 / 8872-1695

email: hermesdepaula@gmail.com

Orientadora da pesquisa (Dr^a Prof^a Adriana Cavalcanti de Aguiar)

Tel: 3231- 6135

email: Aguiar@estacio.br

Comitê de Ética em pesquisa da Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do

Rio de Janeiro

Tel: 3971-1590

Email: cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO 3 – PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 92/10

**Comitê de Ética em Pesquisa**

Parecer nº 144A/2010

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2010.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coodenadora: Suzana Alves da Silva</p> <p>Membros: Andréa Ferreira Haddad Carlos Alberto Pereira de Oliveira César Augusto Gomes Soares Cristina Maria Venetinho de Souza Fabio Tuche José M. Salame Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chrispim Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 92/10 CAAE: 0108.0.314.000-10</p> <p>TÍTULO: Abordagem qualitativa do abandono do tratamento da tuberculose por pacientes acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família em uma área programática do município do Rio de Janeiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Hermes Candido de Paula.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: CAP 5.3.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 28/06/2010.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
E-mail: cep@smsdc.rj.gov.br - Site: www.saude.da.rj.gov.br/cep

FVA nº: 00010761
IRB nº: 00005577