

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

MARIA ONEIDE ALMEIDA LIMA

**O ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UNIDADES DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA**

São Luís

2004

MARIA ONEIDE ALMEIDA LIMA

**O ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UNIDADES DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Rafael da Silva

São Luís

2004

Lima, Maria Oneide Almeida

O abandono do tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde do Município de São Luís – MA / Maria Oneide Almeida Lima. – São Luís 2004.

61 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente). – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2004.

1. Tuberculose – abandono de tratamento. Título.

CDU 616.002.5-084

MARIA ONEIDE ALMEIDA LIMA

**O ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UNIDADES DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Saúde e Ambiente da Universidade Federal do
Maranhão para obtenção do título de Mestre em
Saúde e Ambiente.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Rafael da Silva (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof^a. Dra. Eloisa da Graça do Rosário Gonçalves
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Suplente do Orientador

Prof^a. Dra. Eanes Delgado Barros Pereira
Universidade Federal do Ceará - UFCE

Prof^a. Dra. Elba Gomide Mochel
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof^a. Dra. Maria do Rosário Costa
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

A meus pais, Manoel e Raimunda, pelo exemplo de vida e lutas que nortearam a construção da minha vida pessoal e profissional.

A minhas filhas, Daniela e Linda, fontes de inspiração e motivação em todos os momentos.

Aos usuários e profissionais do PCT das Unidades de Saúde em estudo, pela colaboração durante a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por mais esta jornada.

Ao Prof. Dr. Antonio Rafael da Silva, pela orientação e convivência e pelo incentivo na realização desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Istiván Varga, também pelo incentivo, e pelas críticas e sugestões que fortaleceram e nortearam o meu desenvolvimento durante a realização desta pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Eloisa da Graça do Rosário Gonçalves, pelo incentivo e pelas valiosas contribuições.

Ao Prof. Dr. Sílvio Monteiro e à Prof^a. Dr^a. Sonia Vieira, pelas colaborações e esclarecimentos sobre estatística.

Aos professores que participaram das bancas preliminares desta pesquisa, pelas valiosas contribuições e críticas: Prof^a. Dr^a. Elba Gomide Mochel, Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário Costa, Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva e Prof. Dr. Sílvio Monteiro.

Aos professores, funcionários e colegas do Mestrado em Saúde e Ambiente, pela convivência, amizade e momentos compartilhados.

A Joel Almeida, meu irmão, e a Matias Pinheiro, meu companheiro, pela ajuda na localização dos endereços e busca ativa dos pacientes durante a pesquisa de campo.

A João Batista Pacheco, geógrafo, amigo que muito contribuiu com conhecimentos específicos da sua área e pela atenção dispensada nos momentos difíceis.

Às professoras e amigas Rosalba Cordeiro, pela revisão preliminar, e Maria Cícera Nogueira, pela revisão da redação final deste trabalho.

À bibliotecária Darcy de Jesus Moraes, pela normalização e revisão bibliográfica.

Às instituições que contribuíram para a minha qualificação profissional, Gerência de Qualidade de Vida, Gerência de Desenvolvimento Humano e Hospital Universitário Presidente Dutra.

Aos pacientes e instituições de saúde que fizeram parte da pesquisa, pelas valiosas contribuições.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Tudo posso naquele que me fortalece”.

Filipenses 4, 13

RESUMO

Neste estudo aborda-se o abandono do tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde do município de São Luís em 2001. Destaca-se o perfil clínico, epidemiológico e socioeconômico dos pacientes inscritos no Programa de Controle da Tuberculose e a visão destes acerca dos motivos que os levaram a abandonar o tratamento. Caracterizam-se as particularidades inerentes a essa situação e os principais fatores que mais contribuíram para a ocorrência desse abandono. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, cuja amostra foi constituída de 50 pacientes constantes no Livro de Registro e Controle de Tratamento da Tuberculose em que a alta se deu por abandono. Excluiu-se da amostra 5 (10%) pacientes que haviam falecido, fato observado durante a busca ativa. Os principais resultados encontrados foram: não sentiram mais nada (sentiam-se curados) 17 (37,7%), reações aos medicamentos 10 (22,2%), por não conseguirem marcar consulta e nem buscar a medicação 2 (4,6%), a alta do paciente que constava no prontuário não coincidia com a registrada no livro do PCT 4 (8,8%), informações dos pacientes divergiam daquelas dos prontuários 11 (24,4%), prontuário do paciente não foi encontrado na Unidade de Saúde, mas foi confirmada a transferência para outro município pelo SINAN, em conformidade com a informação do paciente 1 (2,3%).

Palavras-chave: Tuberculose. Tratamento. Abandono.

ABSTRACT

At this work, tuberculosis treatment abandonment at health posts in São Luís in 2001 is discussed. Clinical, epidemiological, social and economical profile from Tuberculosis Control Program and their point of view about the reasons they had to quit treatment is pointed out. Details concerning to such situation and the main factors that have contributed to treatment abandon are characterized. It is a descriptive and transverse study which the sample was constituted of 50 patients included on tuberculosis treatment control and registry book which discharge occurred because of treatment abandon. It was excluded from the sample 5 (10%) patients that have died. This fact was observed during an active search. The main results observed were: good feeling (healing) 17 (37,7%), reactions from medication ingestion 10 (22%), no succeed in consultation marking or getting a medication 2 (4,6%), patient discharge noted on medical charge different from the registration on PCT book 4 (8,8%), patients reports different from the ones noted on medical charts 11 (24,4%), medical charts not found at health posts, but the transference to another county was confirmed by Aggravations Notification Information System (ANIS), according to patient report 1 (2,3%).

Keywords: Tuberculosis. Treatment. Abandon.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1	- Distribuição das Unidades de Saúde com o PCT por Distrito, São Luís - MA, 2001.....	17
Figura 1	- Taxas de cura e de abandono do tratamento da tuberculose no município de São Luís – MA em 1998, 1999, 2000	18
Figura 2	- Taxas de cura e de abandono do tratamento da tuberculose nas Unidades de Saúde São Luís - MA, 2001	22
Figura 3	- Resultado da baciloscopia no início do tratamento em pacientes atendidos nas Unidades de Saúde - São Luís - MA, 2001	26
Figura 4	- Número de pacientes que receberam visita domiciliar durante o tratamento e número de pacientes que retornariam à UBS para continuidade do tratamento - São Luís - MA, 2001	22
Figura 5	- Sinais e sintomas citados pelos pacientes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, no início da doença. São Luís – MA, 2001.	35
Figura 6	- Reações que os pacientes que abandonaram o tratamento atribuíram ao uso dos medicamentos. São Luís - MA, 2001.....	36
Quadro 2	- Prontuários de onze pacientes, dos 45 do estudo, que não confirmaram abandono - São Luís - MA, 2001	39
Mapa 1	- Mapa com divisão do município de São Luís - MA, por distritos em São Luís - MA, 2001	59
Mapa 2	- Mapa com distribuição dos casos de abandono do tratamento da tuberculose por distrito, São Luís - MA, 2001	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Registro do abandono do tratamento da tuberculose dos pacientes conforme o mês decorrência - São Luís - MA, 2001.....	27
Tabela 2 - Procedência por Distrito e Unidades de Saúde dos 45 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001	27
Tabela 3 - Distribuição, por faixa etária e sexo, dos 45 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001	28
Tabela 4 - Distribuição, por etapas da educação, dos 45 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001	29
Tabela 5 - Situação ocupacional dos pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001.....	29
Tabela 6 - Atividades desenvolvidas pelos pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001.....	30
Tabela 7 - Distribuição dos participantes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, segundo a renda - São Luís - MA, 2001	31
Tabela 8 - Distribuição dos participantes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, conforme os hábitos de beber e fumar - São Luís – MA, 2001	31
Tabela 9 - Caracterização das habitações dos participantes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, quanto ao tipo de construção, ventilação e quantidade de cômodos - São Luís – MA, 2001	32
Tabela 10 - Situação das habitações dos participantes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, quanto ao saneamento: origem da água, destino dos dejetos e do lixo - São Luís – MA, 2001	33
Tabela 11 - Distribuição dos pacientes em estudo segundo a situação do abandono do tratamento - São Luís - MA, 2001.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CSGR	- Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo
CSPR	- Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos
E	- Etambutol
EE	- Esquema Especial
Et	- Etionamida
H	- Isoniazida
HPV	- Hospital Presidente Vargas
PCT	- Programa de Controle da Tuberculose
R	- Reforçado
R	- Rifampicina
RA	- Retratamento após Abandono
RC	- Recidiva após Cura
RF	- Retratamento após Falência
RR	- Retratamento de Recidiva
SAME	- Serviço de Arquivo Médico
S	- Estreptomicina
S	- Sintomático
TI	- Tratamento Inicial
UBS	- Unidade Básica de Saúde
Z	- Pirazinamida

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE NO BRASIL	16
2.1	Situação da tuberculose no Maranhão e no município de São Luís	17
3	JUSTIFICATIVA	19
4	OBJETIVOS	21
4.1	Geral	21
4.2	Específicos	21
5	MATERIAL E MÉTODO	22
5.1	Características do estudo	22
5.2	População	23
5.3	Critérios de inclusão	23
5.4	Coleta de dados e instrumentos	23
5.5	Aspectos éticos	24
5.6	Definição de termos	24
6	RESULTADOS	26
6.1	Aspectos clínicos e epidemiológicos	26
6.1.1	Procedência dos pacientes por Distrito e Unidades de Saúde.....	27
6.1.2	Faixa etária e sexo.....	28
6.1.3	Escolaridade e religião	28
6.2	Aspectos socioeconômicos	29
6.2.1	Situação ocupacional.....	29
6.2.2	Renda.....	30
6.2.3	Uso de bebidas alcoólicas e fumo	31
6.2.4	Condições de habitação.....	31
6.2.5	Saneamento: origem da água, destino dos dejetos e do lixo	33
6.3	Aspectos relacionados aos pacientes e à doença	33
6.3.1	Acesso às Unidades de Saúde	33
6.3.2	Aspectos da doença.....	34
6.3.3	Efeitos colaterais atribuídos aos medicamentos.....	35
6.4	Situação do abandono	37
7	DISCUSSÃO	41

7.1	Aspectos epidemiológicos relacionados aos pacientes e Unidades de Saúde	41
7.2	Abandono do tratamento.....	44
8	CONCLUSÕES	46
9	SUGESTÕES	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES.....	52
	APÊNDICES A - Instrumento de pesquisa	53
	APÊNDICES B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	55
	ANEXOS	56
	ANEXOS A - Livro de Registro e Controle do Tratamento da Tuberculose das Unidades de Saúde	57
	ANEXOS B - Mapa com divisão do município de São Luís - MA, por distritos em São Luís -MA, 2001	59
	ANEXOS C - Mapa com distribuição dos casos de abandono do tratamento da tuberculose por distrito, São Luís - MA, 2001	60

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos esforços empreendidos, a tuberculose continua sendo um problema preocupante para a saúde pública mundial, com registro de oito milhões de casos novos e 2,7 milhões de óbitos por ano (BRASIL, 1999). Os avanços acerca do seu conhecimento, bem como da tecnologia disponível para controlá-la não têm sido suficientes para reduzir significativamente a sua morbi-mortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2002b).

Estima-se que, no mundo, existam mais de dois bilhões de indivíduos infectados, em sua maioria vivendo em países subdesenvolvidos ou emergentes. Destacam-se a Índia, a China, a Indonésia, Bangladesh, a Nigéria, o Paquistão, as Filipinas, o Congo, a Rússia e o Brasil como os de maior incidência da doença (BRASIL, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala que as desigualdades sociais, o advento da AIDS, o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios são fatores que contribuem para o agravamento da tuberculose no mundo (RUFFINO-NETTO, 2002).

Assim, a tuberculose, doença milenar e conhecida desde a antiguidade, que se manifestava de forma endêmica, atingindo os egípcios, gregos, árabes e os povos do Oriente, permaneceu como uma doença sem importância durante o feudalismo, até sua explosão como a "grande peste branca" da urbanização capitalista no século passado, a qual foi disseminada pelos fluxos migratórios ou em decorrência das guerras e da colonização das novas terras descobertas a partir do século XV (MELO, 1997).

No Brasil, a tuberculose foi introduzida pelos portugueses e missionários jesuítas durante a colonização, tendo o jesuíta Manoel da Nóbrega, em sua atividade evangelizadora junto aos índios, propagado o agente da tuberculose, o bacilo de Koch (RIBEIRO, 1956).

No início do século XIX, de acordo com Ruffino-Netto (1999), praticamente um terço dos óbitos era devido a essa enfermidade que acometia, principalmente, a população negra.

A tuberculose era considerada resultante de uma associação causal. Com a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, passou-se a atribuir-lhe etiologia única, o que influenciou as formas de percepção e de lidar com a doença. Certamente, a noção de controle que sempre acompanhou a trajetória das doenças adquiriu reforço a partir da descoberta dos agentes etiológicos (GONÇALVES, 2000).

Para Bethlem (1998), após a identificação do bacilo, surgiram várias tentativas de tratamento. No entanto, segundo assevera, cerca de um bilhão de pessoas morreram por tuberculose no mundo entre 1850 e 1950.

Ruffino-Netto (2002) afirma que no Brasil há sérios problemas na área da saúde pública, assinalando a falta de continuidade dos Programas e a inadequação das propostas de intervenção. No caso da tuberculose, enfrenta-se o problema como se ele representasse o somatório dos tuberculosos existentes e não um problema social, pois se sabe que o controle dessa endemia exige Programas que permitam o diagnóstico precoce, acompanhado de esquemas terapêuticos eficazes, além de intervenções na área de políticas públicas capazes de interferir na qualidade de vida das pessoas acometidas e naquelas sob risco de adoecerem.

Duarte et al. (2002), em estudo sobre as desigualdades em saúde no Brasil, enfatizam que nas esferas nacional e intra-regional há uma polarização dessas desigualdades e que a região Sul apresenta, em geral, indicadores mais favoráveis que as demais regiões, dentre elas destacam-se o Norte e o Nordeste que mostram estruturas de saúde desfavoráveis. Referem que o padrão epidemiológico ensejado na investigação mostra que o Brasil enfrenta um grande desafio: combater, simultaneamente, a exposição aos fatores de risco das doenças do “atraso” e do “desenvolvimento”. No tocante à tuberculose, constataram que além de ser uma doença importante nas regiões brasileiras mais pobres, parece ressurgir nos estados mais desenvolvidos. Nestes, a situação está, possivelmente, ligada à emergência da AIDS e à resistência aos medicamentos específicos. Dessa forma, os autores concluem levantando a hipótese da justaposição de uma fração “permanente” com outra “reemergente” da tuberculose como mais um elemento da dualidade da transição epidemiológica no Brasil.

2 SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE NO BRASIL

O Brasil é o décimo país em número de casos novos no mundo, com notificação em torno de 90 mil doentes a cada ano. Em 1999, a incidência foi de 48 casos por 100 mil habitantes, sendo notificados 78.628 casos de um total estimado em 124 mil (BRASIL, 2000).

No ano de 2000, foram notificados 82.249 novos casos, sendo 38.690 na região Sudeste, 23.196 na Nordeste, 9.281 na Sul, 5.901 na Norte e 3.522 na Centro-Oeste. A distribuição por formas clínicas foi de 60,7% de pulmonares com baciloscopia positiva, 24,9% de pulmonares sem confirmação bacteriológica e 14,4% de extrapulmonares. O coeficiente de incidência, para o país, foi de 48,4/100 mil habitantes, sendo que os mais altos estão no Sudeste - 55,0/100 mil - e no Nordeste - 44,4/100 mil. A região Norte teve coeficiente próximo ao do Brasil - 47,6/100 mil - e as regiões Sul e Centro-Oeste, valores bem abaixo - 37,7/100 mil e 29,5/100 mil, respectivamente. Dentre os Estados da federação, o maior coeficiente de incidência foi encontrado no Rio de Janeiro, com 91,9/100 mil habitantes (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Torres et al. (1994), em estudo sobre o comportamento epidemiológico da tuberculose nos Estados do Nordeste, ressaltam que problemas inerentes à pobreza desta região, como as más condições de nutrição, educação e habitação, levam a uma queda da imunidade, favorecendo a multiplicação do bacilo em seu hospedeiro natural, causando a doença. Relatam que, associado ao quadro de grave comprometimento da saúde dessa população, existem grandes deficiências dos programas de controle da enfermidade, resultando na perpetuação do problema com poucas chances de solução. Concluem que a situação da tuberculose na Região Nordeste continua grave, pois nenhum Estado destacou-se no controle da doença. Referem que o alto índice de abandono, a baixa procura de casos na demanda, na comunidade e comunicantes, são apontados como fatores que denotam a fragilidade do Programa e ressaltam a importância da boa relação médico-paciente-instituição como capaz de repercutir positivamente no tratamento.

Sabe-se que o índice de cura da tuberculose poderia chegar a 95%, não fossem as deficiências do sistema de assistência e controle da doença na rede de serviços que dificultam o diagnóstico e até mesmo a identificação de enfermos que não procuram os postos de saúde (BRASIL, 1999). Ruffino-Netto (2001), em estudo sobre a avaliação da situação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no Brasil, afirma que a taxa de abandono, no período de 1982 a 1999, permaneceu constante em 14%. Atualmente, 72% dos casos notificados são

curados e 12,2% (em média) abandonam o tratamento, sendo que em alguns Estados chega-se a 30% (BRASIL, 2000).

2.1 Situação da tuberculose no Maranhão e no município de São Luís

O Estado do Maranhão, com população de 5.657.552 habitantes (IBGE, 2000), possui 65,8% dos seus 217 municípios cobertos pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT). É o quarto Estado brasileiro da região nordeste em número de casos, com 2.929 notificações em 1999 (RUFFINO-NETTO, 2002), ficando logo abaixo dos estados do Ceará, Pernambuco e Bahia. A maior parte dos casos de tuberculose são diagnosticados no município de São Luís, capital do Estado.

O município de São Luís situa-se geograficamente na Ilha de São Luís, com área de 827,141km², com população de 870.028 habitantes (IBGE, 2000) e encontra-se na gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS). Está dividido em 7 Distritos de Saúde (Centro, Bequimão, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Cohab, Tirirical e Vila Esperança), com 49 Unidades de Saúde, assim distribuídas: 5 Unidades Mistas (UM), 15 Centros de Saúde (CS), 1 Pronto Socorro, 2 Hospitais de Urgência/Emergência, 1 Hospital Infantil, 1 Maternidade Rural, 24 Postos de Saúde (Programa de Saúde da Família), 1 Laboratório Central, 1 Centro de Zoonoses e 2 Unidades que desenvolvem os Projetos São Luís Urgente e Praia.

No Quadro 1 são mostradas, por Distrito, as Unidades de Saúde que possuem o Programa de Controle da Tuberculose. Temos o mapa dessa distribuição em Anexo C.

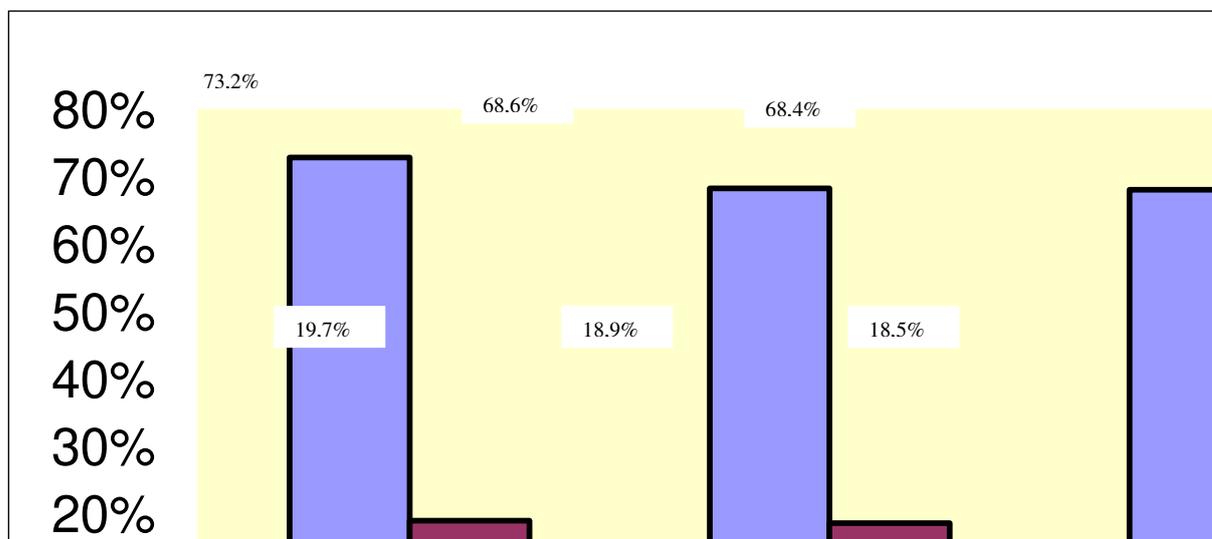
Quadro 1 - Distritos e Unidades de Saúde com o PCT por Distrito, São Luís - MA, 2001

DISTRITOS	UNIDADES DE SAÚDE COM O PCT
Centro	C. S. Dr. Paulo Ramos, Hosp. Dr. Carlos Macieira
Bequimão	U. M. do Bequimão, C. S. Dr. Genésio Rêgo
Itaqui-Bacanga	C. S. Clodomir Pinheiro Costa, U. M. Itaqui-Bacanga
Coroadinho	U. M. do Coroadinho, C.S. Bairro de Fátima, Hosp. Getúlio Vargas
COHAB	Centro de Saúde Salomão Fiquene
Tirirical	C. S. São Cristóvão, C. S. Santa Bárbara, C. S. Vila Itamar, U. M. São Bernardo
Vila Esperança	C. S. Itapera, C. S. Vila Maranhão, C. S. Pedrinhas, C. S. Quebra Pote, C. S. Thales R. Gonçalves, C. S. Tibiri

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

O município de São Luís, em 1998, 1999 e 2000, registrou 1.294, 1.394 e 1.155 casos novos de tuberculose, com taxas de cura de 73,2%, 68,6 % e 68,4 % e o abandono do tratamento com taxas de 19,7%, 18,9% e 18,5 % respectivamente (Figura 1).

Figura 1 - Taxas de cura e de abandono do tratamento da tuberculose no município de São Luís - MA em 1998, 1999 e 2000.



Fonte: Livro de Registro do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) das Unidades de Saúde em estudo.

3 JUSTIFICATIVA

Por trabalhar em um ambulatório que presta assistência a portadores de tuberculose, a partir de reflexões sobre a problemática da doença, surgiram vários questionamentos relacionados aos pacientes que necessitavam ser respondidos, sendo um deles com relação ao *abandono*, pois este quando acima das taxas aceitáveis pela OMS e MS, de 5%, vem refletir a situação dos serviços e as dificuldades enfrentadas pelos usuários, tendo como consequência os baixos índices de cura que contribuem para o aparecimento da resistência do bacilo às drogas e a indesejável elevação das taxas de letalidade específica. É preconizado que o paciente ao tomar conhecimento de seu diagnóstico e, antes de iniciar o tratamento, receba informações sobre a tuberculose, doença que, mesmo possuindo os meios disponíveis para o controle, pode ter desfecho desfavorável, se não obedecida a seqüência do seu tratamento com vistas a cura.

A literatura específica mostra que existem várias situações que levam o paciente a abandonar o tratamento. Desse modo, Gonzalez et al. (1994), em estudo da população cubana, ressaltam a qualidade dos serviços, a relação médico-paciente e fatores relacionados ao modo de vida. Ferrer et al. (1991), em estudo no Chile, citam o alcoolismo e a intolerância aos medicamentos como causas responsáveis pelo abandono, seguidas da sensação de cura do paciente com o uso da medicação. Morales et al. (1993), em estudo no México, constataram como fatores de risco viver no meio rural, baixa escolaridade e tempo despendido para ir à Unidade de Saúde. Lima et al. (2001), em estudo no Ceará, apontaram fatores múltiplos e de natureza complexa ligados ao contexto sociocultural, necessidades dos pacientes e envolvimento da família. Oliveira (1991) descreveu as deficiências técnico-administrativas como obstáculos à regularidade do tratamento. Ribeiro (1993), em estudo de caso-controle no Rio de Janeiro, concluiu que variáveis ligadas aos pacientes que abandonaram o tratamento estavam associadas a múltiplos fatores, tais como: não ter trabalho fixo e baixa escolaridade.

Observa-se que abandono de tratamento reflete certas realidades nas quais só com conhecimento de causa pode-se intervir, ainda mais se sabendo que não é peculiaridade deste ou daquele serviço. Dessa maneira, com base nas taxas de abandono do tratamento no município de São Luís nos anos de 1998, 1999 e 2000, procurou-se conhecer os motivos que levaram os pacientes a interromper o tratamento, respondendo questões relevantes como as que se seguem:

- a) Qual o perfil dos pacientes que abandonaram o tratamento?
- b) O abandono do tratamento, registrado no livro da Unidade, onde o paciente realizou o tratamento, tem o mesmo significado do estabelecido pelo PCT?

- c) O abandono é uma situação voluntária do paciente?
- d) Existem fatores ligados ao paciente e aos serviços que levam ao abandono do tratamento?
- e) Pode-se interferir na situação do abandono do tratamento reduzindo seus índices aos oficialmente aceitáveis?

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Estudar as causas do abandono do tratamento da tuberculose em pacientes diagnosticados e tratados no município de São Luís, Maranhão, Brasil.

4.2 Específicos

- a. Identificar os motivos do abandono do tratamento da tuberculose na visão dos pacientes.
- b. Analisar os casos de abandono contidos no Livro de Registro e Controle de Tratamento da Tuberculose das Unidades de Saúde.
- c. Identificar os aspectos clínicos, epidemiológicos e socioeconômicos dos pacientes.
- d. Identificar os fatores ligados aos pacientes e aos serviços que conduzem ao abandono do tratamento.

5 MATERIAL E MÉTODOS

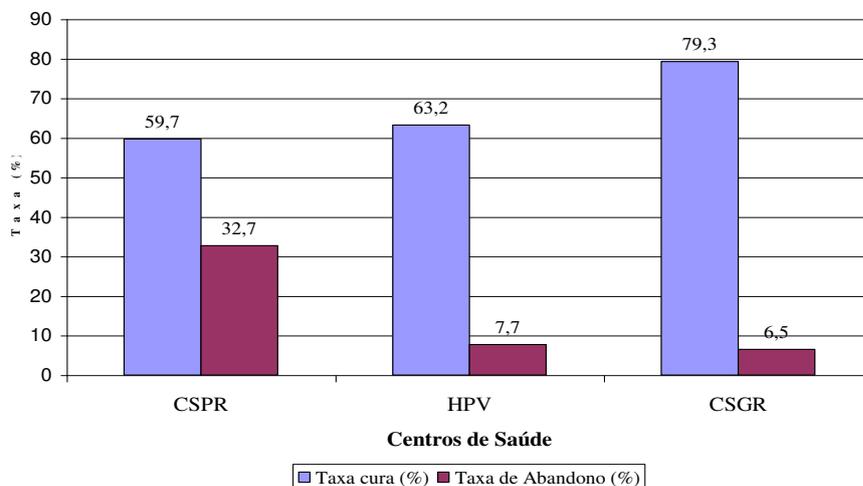
5.1 Características do estudo

Realizou-se um estudo descritivo e transversal no município de São Luís que, em 2001, registrou 883 casos de tuberculose, com taxa de cura de 62,0% e taxa de abandono de 19,3% em três Unidades de Saúde da rede pública, escolhidas por apresentar 88,7% dos casos no município, conforme seguem:

- a) Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos (CSPR) - 400 casos registrados, com taxa de cura de 59,7% (239), taxa de abandono de 32,7% (131) e 7,6%, distribuídos entre taxas de óbitos, transferências, mudanças de diagnóstico e sem informações.
- b) Hospital Presidente Vargas (HPV) - 297 casos registrados, com taxa de cura de 63,2% (188), de abandono de 7,7% (23) e 29,1%, distribuídos entre as taxas de óbitos, transferências e mudanças de diagnóstico.
- c) Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo (CSGR) - 92 casos registrados, com taxa de cura de 79,3% (73), taxa de abandono de 6,5% (6) e 14,2%, distribuídos entre as taxas de óbitos, transferências e mudanças de diagnóstico.

A Figura 2 mostra as taxas de cura e de abandono do tratamento referente ao ano de 2001, das três Unidades.

Figura 2- Taxas de cura e de abandono do tratamento da tuberculose nas Unidades de Saúde - São Luís - MA, 2001



Fonte: Livro de Registro do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) das Unidades de Saúde em estudo.

5.2 População

Os casos de abandono foram levantados no Livro de Registro e Controle do Tratamento da Tuberculose das Unidades de Saúde. A população alvo consta de 50 pacientes que representam 31,2% de 160 casos de abandono das três Unidades estudadas, e sua escolha, tão logo estabelecidos os critérios de inclusão, se fez por meio de sorteio, utilizando-se o Programa Bio Estat 2.0 (2000) (ANEXO A).

5.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos para estudo os pacientes:

- a) Que constavam no Livro de Registro e Controle de Tratamento como *alta por abandono*, registrando-se destes a data do início e término do tratamento, forma clínica, exames confirmatórios da doença, situação na ocasião do tratamento e o esquema realizado;
- b) Com endereço da residência e localização pertencente à região metropolitana de São Luís, exceto o município de Alcântara;
- c) Que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento.

5.4 Coleta de dados e instrumentos

Os dados foram levantados pela pesquisadora entre maio e outubro de 2002, por meio de entrevistas com os pacientes, em seus domicílios, e de revisão de prontuários nas Unidades para confrontações das informações colhidas.

Utilizou-se um questionário (APÊNDICE A) respondido pelo paciente ou, na ausência deste, por um familiar conhecedor da situação, contendo as seguintes variáveis: **demográficas** (procedência, idade, sexo, escolaridade, religião); **socioeconômicas** (situação ocupacional, renda, hábito de beber e fumar, condições da habitação quanto ao tipo de construção, aquisição, quantidade de cômodos, saneamento, origem da água, destino dos dejetos); **aspectos da doença** (situação inicial do diagnóstico, sinais e sintomas, reações aos medicamentos, motivos do abandono, outros tratamentos, ocorrência da doença em familiares, recebimento de visita domiciliar) e **relacionadas às Unidades de Saúde** (dificuldade para

marcar consulta, grau de satisfação e retorno à Unidade). Para detectar a situação de abandono enfatizaram-se as respostas dos questionários e os depoimentos dos pacientes.

A descrição dos aspectos físicos das localidades, das moradias e da situação de higiene da casa, ventilação e iluminação, baseou-se na observação durante as visitas domiciliares.

5.5 Aspectos éticos

Em cumprimento aos requisitos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, o projeto de estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Foi apresentado aos entrevistados o Termo de Consentimento livre e esclarecido, os quais receberam todas as explicações necessárias ao entendimento dos objetivos da pesquisa e suas conseqüências, salvaguardada a liberdade de sua participação e sigilo sobre a identificação (APÊNDICE B).

5.6 Definição de termos

Com base no Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002a) foram utilizados neste trabalho os seguintes termos:

Caso de abandono é aquele em que o doente, após iniciado o tratamento para tuberculose, deixou de comparecer à Unidade de Saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para o seu retorno.

Considera-se *recidiva* o doente com tuberculose em atividade que já se tratou anteriormente e recebeu alta por cura, desde que a data da cura e a data do diagnóstico de recidiva não ultrapasse cinco anos. Se esse intervalo exceder cinco anos, o caso é considerado *caso novo*.

Considera-se *caso novo* ou *sem tratamento anterior* os pacientes que nunca se submeteram à quimioterapia antituberculosa ou fizeram menos de 30 dias de tratamento ou fizeram-no há mais de cinco anos.

Entende-se por *falência* a persistência da positividade do escarro ao final do 4º ou 5º mês de tratamento, tendo havido ou não negatificação anterior do exame.

Define-se como *retratamento* a prescrição de um esquema de drogas para o doente já tratado por mais de 30 dias que venha a necessitar de nova terapia por *recidiva após cura (RC)*, *retorno após abandono (RA)* ou por falência do *esquema I* ou *esquema IR*.

Esquema I ou esquema básico- é o adotado para os casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar e baseia-se no uso, por dois (2) meses, de Rifampicina (R), Isoniazida (H) e Pirazinamida (Z) e por quatro (4) meses de Rifampicina e Isoniazida.

Esquema I Reforçado ou Esquema IR – para casos de recidiva após cura ou retorno após abandono do Esquema I; baseia-se no uso do esquema I acrescido do Etambutol (E) durante o tratamento.

Esquema II ou Esquema para tuberculose meningoencefálica – baseia-se no uso, por 2 meses, de Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida mais 7 meses de Rifampicina e Isoniazida.

Esquema III ou Esquema de Falência – para casos de falência de tratamento do Esquema I e Esquema I Reforçado – baseia-se no uso por 3 meses de Estreptomicina (S), Pirazinamida (Z), Etambutol (E) e Etionamida (Et), mais 9 meses de Etambutol e Etionamida.

6 RESULTADOS

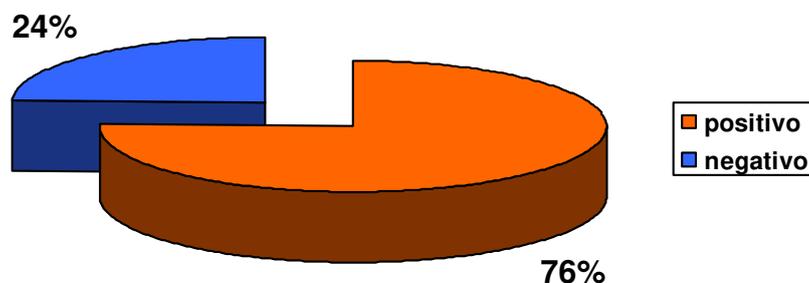
Na busca ativa dos 50 casos de abandono, que constavam no Livro de Registro e Controle de Tratamento da Tuberculose das Unidades, constatou-se que cinco pacientes haviam falecido. De seus prontuários verificou-se que eram três homens e duas mulheres com idades de 24, 68, 73, 51 e 55 anos, respectivamente, com duas (2) baciloscopias positivas e que foram a óbito no decorrer do tratamento. Dessa maneira, a amostra a ser apresentada restringe-se a 45 pacientes.

6.1 Aspectos clínicos e epidemiológicos

O levantamento realizado no Livro de Registro e Controle de Tratamento da Tuberculose das Unidades mostrou que em 34 pacientes (76,0%) o diagnóstico da tuberculose baseou-se em dados clínicos e a confirmação se fez por baciloscopia positiva e exames radiológicos. Em 11 pacientes (24,0%), que tiveram baciloscopias negativas, a confirmação do diagnóstico se fez por exame radiológico (Figura 3).

Quanto ao tratamento, 41 (91,1%) eram virgens de tratamento e receberam o Esquema I e 4 (8,9%) receberam Esquema I Reforçado. Destes, 3 (6,6%) realizaram retratamento após abandono (RA) e 1 (2,3%) fez retratamento após recidiva (RR). Dois, dentre os 45 pacientes realizaram teste anti - HIV, sendo um positivo

Figura 3 - Resultado da baciloscopia no início do tratamento em pacientes atendidos nas Unidades de Saúde - São Luís - MA, 2001



Fonte: Livro de Registro do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) das Unidades de Saúde em estudo.

O registro do abandono do tratamento da tuberculose dos 45 pacientes ocorreu entre o 1º e o 5º mês de tratamento, sendo que 39 (86,6%) nos três primeiros, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Registro do abandono do tratamento da tuberculose dos pacientes conforme o mês de ocorrência - São Luís - MA, 2001

Mês do abandono	N	%
1º	14	31,1
2º	12	26,6
3º	13	28,9
4º	4	8,9
5º	2	4,5
Total	45	100,0

Fonte: Livro de Registro do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) das Unidades de Saúde em estudo.

6.1.1 Procedência dos pacientes por Distrito e Unidades de Saúde

Na Tabela 2 é mostrada a procedência dos pacientes por Unidades de Saúde e por Distrito de origem. (ANEXO B)

No Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos (Distrito Centro), foram tratados 36 pacientes, sendo 9 procedentes de localidades pertencentes a esse Distrito; 22, de outros Distritos do município de São Luís e 5, dos municípios de S. José de Ribamar e Paço do Lumiar, que possuem Programas estruturados de Controle da Tuberculose.

No Hospital Getúlio Vargas e no C.S. Dr. Genésio Rêgo, foram tratados os outros pacientes, sendo que nenhum pertencia a localidades desses Distritos.

Tabela 2 – Procedência por Distrito e Unidades de Saúde dos 45 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001

PROCEDÊNCIA	TOTAL	UNIDADES DE SAÚDE			%
		P. RAMOS	HOSP. P VARGAS	GENÉSIO RÊGO	
Centro	10	9	1	-	22,2
Itaqui-Bacanga	13	12	1	-	28,8
Tirirical	10	6	2	2	22,2
Coroadinho	3	3	-	-	6,7
Bequimão	1	1	-	-	2,3
COHAB	1	-	1	-	2,3
OUTROS MUNICÍPIOS					
S.J.Ribamar	5	4	-	1	11,1
Paço do Lumiar	2	1	1	-	4,4
TOTAL	45	36	6	3	100,0

Fonte: Livro de Registro do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) das Unidades de Saúde em estudo.

Nos Distritos do Coroadinho, Bequimão e COHAB, onde existem bairros de grande densidade populacional, a pouca demanda de pacientes nas Unidades desses Distritos pode justificar o percentual de apenas 11,3% de pacientes em situação de abandono de tratamento.

6.1.2 Faixa etária e sexo

Na Tabela 3 é mostrada a distribuição dos pacientes por faixa etária e sexo, verificando-se que a maioria pertence ao sexo masculino 29 (64,6%). Em relação à faixa etária, 53,3% dos casos ocorreram entre pessoas de 21 a 40 anos. O paciente com menor idade tinha 12 anos e a mais idosa, 86 anos.

Tabela 3 - Distribuição, por faixa etária e sexo, dos 45 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	N	%	N	%		
11 a 20	3	6,6	4	8,9	7	15,5
21 a 30	6	13,3	4	8,9	10	22,2
31 a 40	13	28,8	1	2,3	14	31,1
41 a 50	2	4,4	1	2,3	3	6,7
51 a 60	-	-	2	4,4	2	4,4
61 a 70	4	8,9	1	2,3	5	11,2
71 e mais	1	2,3	3	6,6	4	8,9
TOTAL	29	64,6	16	35,4	45	100,0

Fonte: Livro de Registro do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) das Unidades de Saúde em estudo.

6.1.3 Escolaridade e religião

As etapas da educação e o nível de escolaridade dos pacientes são apresentados na Tabela 4. Embora 13 (28,8%) sejam não alfabetizados, deve-se ressaltar que 32 (71,2%) cursaram os Ensinos Fundamental e Médio.

Entre os alfabetizados, 23 (71,8%) eram do sexo masculino e 9 (28,2%) eram do sexo feminino. Entre os não alfabetizados, 6 (46,2%) eram do sexo masculino e 7 (53,8%) eram do sexo feminino.

Quanto à religião, 75,5% dos entrevistados identificaram-se como católicos e 24,5% como evangélicos, pertencentes a diferentes congregações.

Tabela 4 – Distribuição, por etapas da educação, dos 45 pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001

ESCOLARIDADE	n	%
Alfabetizados	32	71,2
Ensino Fundamental		
Completo	9	20,0
Incompleto	11	24,5
Ensino Médio		
Completo	9	20,0
Incompleto	3	6,7
Não alfabetizados	13	28,8
TOTAL	45	100,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.2 Aspectos socioeconômicos

6.2.1 Situação ocupacional

Quanto à situação ocupacional dos pacientes, 20 (44,4%) encontravam-se fora do mercado de trabalho e declararam-se sem qualquer atividade remunerada, vivendo às expensas de suas famílias; 17 (37,8%) desenvolviam atividades remuneradas, a maioria sem vínculo empregatício (vendedor, pintor, professora, doméstica, capoteiro, carroceiro, pedreiro, relojoeiro, músico, cabeleireiro, despachante, vigilante, agente de portaria, ajudante de mecânico, servente e biscateiro) e 8 (17,8%) declararam que seus rendimentos provinham de suas aposentadorias (TABELA 5).

Tabela 5 – Situação ocupacional dos pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001

OCUPAÇÃO	n	%
Fora do mercado de trabalho	20	44,4
Atividade remunerada	17	37,8
Aposentados	8	17,8
TOTAL	45	100,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Quando se interrogou os que estavam sem rendimentos e aqueles que desenvolviam trabalhos remunerados sobre suas principais ocupações, identificaram-se atividades variadas, tais como: estudantes, do lar e domésticas, cabeleireiro, servente e biscateiro, conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6 – Atividades desenvolvidas pelos pacientes que abandonaram o tratamento da tuberculose - São Luís – MA, 2001

OCUPAÇÃO	N	%
Estudantes	7	15,6
Vendedores	3	6,7
Do lar	3	6,7
Doméstica	2	4,5
Pedreiro	2	4,5
Ajudante de pedreiro	2	4,5
Agente de portaria	2	4,5
Lavrador	1	2,2
Vigilante	1	2,2
Professor	1	2,2
Motorista	1	2,2
Músico	1	2,2
Pintor	1	2,2
Carroceiro	1	2,2
Relojoeiro	1	2,2
Despachante	1	2,2
Capoteiro	1	2,2
Auxiliar de mecânico	1	2,2
Maquinista	1	2,2
Técnico em fogão industrial	1	2,2
Cabeleireiro	1	2,2
Servente	1	2,2
Biscateiro	1	2,2
TOTAL	37	82,2

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.2.2 Renda

À exceção dos aposentados e de um ou outro com emprego definido, foi difícil contabilizar os seus ganhos. Na Tabela 7, procura-se expressar o ganho em salários, chamando-se a atenção para o fato de que 22 (48,8%) pacientes encontravam-se sem qualquer rendimento. A renda *per capita* média dos que ganhavam salários foi baixa, aproximadamente 1,5 salários mínimos.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, segundo a renda - São Luís - MA, 2001

RENDA INDIVIDUAL	N	%
Menor que 1 Salário Mínimo	6	13,4
1 Salário Mínimo	11	24,5
2 Salários Mínimos	4	8,8
3 Salários Mínimos	2	4,5
Sem rendimento	22	48,8
TOTAL	45	100,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.2.3 Uso de bebidas alcoólicas e fumo

Em relação ao hábito de ingestão de bebida alcoólica, 16 pacientes (35,5%) referiram fazer uso esporádico, sendo 15 deles do sexo masculino. Os familiares de quatro pacientes, presentes às entrevistas, confidenciaram que estes eram alcoolistas. Quanto à utilização de fumo, 15 (33,5%) eram fumantes, todos do sexo masculino (Tabela 8). Constatou-se que 11 (37,9%) pacientes tinham o hábito de beber e fumar.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, conforme os hábitos de beber e fumar - São Luís – MA, 2001

HÁBITOS DOS PACIENTES	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
BEBE						
Sim	15	33,5	1	2,0	16	35,5
Não	14	31,1	15	33,4	29	64,5
TOTAL	29	64,6	16	35,4	45	100,0
FUMA						
Sim	15	33,5	-	-	15	33,5
Não	14	31,1	16	35,4	30	66,5
TOTAL	29	64,6	16	35,5	45	100,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.2.4 Condições de habitação

A maioria dos pacientes, 29 (64,5%), moravam em bairros da periferia da cidade. Alguns destes possuidores de boa estrutura, com ruas bem pavimentadas, abastecidos de água,

com rede de esgoto e eletrificadas; uma outra parte morava em invasões 16 (35,5%) sem qualquer infra-estrutura.

A maioria das casas onde moravam era da própria família - 37 (82,2%); somente 8 (17,8%) eram alugadas ou cedidas por familiares. Eram simples, mas algumas tinham boa edificação e condições de higiene satisfatórias. A ventilação era entre boa e regular em cerca de 71,2% delas, embora algumas possuíssem excesso de umidade e pouca iluminação natural. A maioria (71,1%) possuía entre três e quatro cômodos, embora houvesse casas onde toda a família se acomodava em um único cômodo (Tabela 9). Havia instalações elétricas em 92,0% das casas.

Dos entrevistados, 39 (86,6%) relataram morar com seus familiares ou em companhia de pessoas conhecidas e 6 (13,4%) moravam sozinhos.

Sobre a ocorrência de tuberculose, 21 (46,6%) dos pacientes relataram casos entre seus familiares.

Tabela 9 - Caracterização das habitações dos participantes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, quanto ao tipo de construção, ventilação e quantidade de cômodos - São Luís – MA, 2001

HABITAÇÃO	n	%
TIPO DE CONSTRUÇÃO		
Alvenaria	36	80,0
Taipa	7	15,5
Madeira	2	4,5
TOTAL	45	100,0
VENTILAÇÃO		
Boa	15	33,4
Regular	17	37,8
Precária	13	28,8
TOTAL	45	100,0
CÔMODOS		
Um	6	13,4
Dois (sala e cozinha)	7	15,5
Três (sala, quarto e cozinha)	17	37,8
Quatro (sala, 2 quartos e cozinha)	15	33,3
TOTAL	45	100,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.2.5 Saneamento: origem da água, destino dos dejetos e do lixo

A água que abastecia 66,7% dos domicílios era da rede pública. Os outros 24,5% utilizavam água de poço e 8,8% de fontes diversas (chafarizes e poços). Somente 17,7% dos domicílios visitados estavam conectados à rede de esgoto e 82,3% possuíam fossas.

A coleta de lixo era realizada em 51,1% dos domicílios (8,8% uma vez por semana e 42,3%, duas), e em 48,9% eram utilizados quintais e terrenos baldios para esse fim ou o lixo era queimado (Tabela 10).

Tabela 10 – Situação das habitações dos participantes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, quanto ao saneamento: origem da água, destino dos dejetos e do lixo - São Luís – MA, 2001

ORIGEM DA ÁGUA	n	%
Rede Pública	30	66,7
Poço	11	24,5
Outras fontes	4	8,8
TOTAL	45	100,0
DESTINO DOS DEJETOS		
Rede de Esgoto	8	17,7
Fossa	37	82,3
TOTAL	45	100,0
DESTINO DO LIXO		
Coletado (1 vez por semana)	4	8,8
Coletado (2 vezes por semana)	19	42,3
Quintal, terreno baldio, queimado	22	48,9
TOTAL	45	100,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.3 Aspectos relacionados aos pacientes e à doença

6.3.1 Acesso às Unidades de Saúde

O acesso aos serviços das Unidades de Saúde onde o paciente realiza o tratamento é um bom indicador para manter a adesão e alcançar a cura. Neste aspecto, existem diferenças entre as consultas iniciais e aquelas após o diagnóstico estabelecido.

Vinte e um pacientes (46,7%) disseram não ter encontrado dificuldade e não fizeram comentários sobre a marcação da consulta. Vinte e quatro (53,3%) afirmaram ter tido

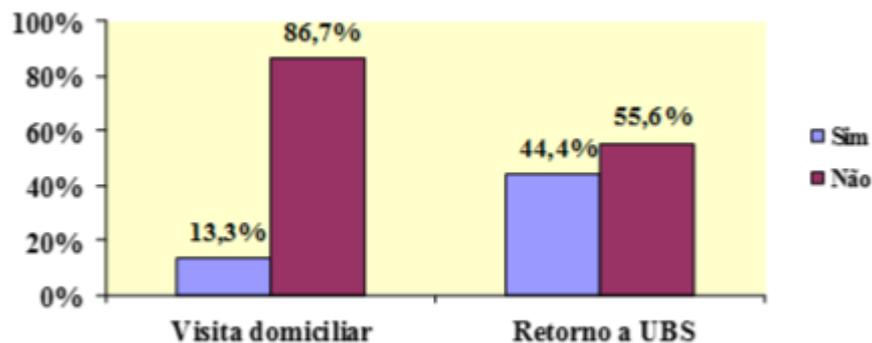
dificuldade de atendimento. Destes, 14 (31,1%) disseram ter encontrado dificuldade para marcar a primeira consulta devido ao grande número de pacientes, superior ao número de consultas agendadas pelos serviços, e 10 (22,2%) foram mais explícitos:

"Tentei três vezes e não consegui; fui de madrugada e aí consegui a primeira".
 "Fui mais de 20 vezes lá. Para conseguir marcar a consulta, saía de madrugada".
 "Foi difícil para marcar, perdi 2 dias".
 "Foi uma amiga da minha mãe que conseguiu marcar".
 "Consegui com o encaminhamento médico".
 "Foi difícil nos primeiros dias; depois que sabia qual era a doença, tinha o privilégio e entrava logo para ser atendido". (INFORMAÇÃO VERBAL-Relatos de pacientes)

Os pacientes afirmaram que a partir do momento em que eram registrados no Programa de Controle da Tuberculose da Unidade Básica de Saúde (UBS), cessavam as dificuldades de atendimento.

Sabe-se que a relação entre os pacientes e os serviços é o que garante um tratamento regular e eficaz. Assim, constatou-se (Figura 4) que 39 pacientes (86,7%), durante o tratamento, não receberam visita domiciliar, tampouco alguma outra comunicação a respeito de sua ausência na Unidade de Saúde. Indagados se retornariam à Unidade para continuidade do tratamento, ou mesmo caso necessitassem de um novo tratamento, somente 20 (44,4%) responderam afirmativamente.

Figura 4 - Número de pacientes que receberam visita domiciliar durante o tratamento e número de pacientes que retornariam à UBS para continuidade do tratamento - São Luís - MA, 2001.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor

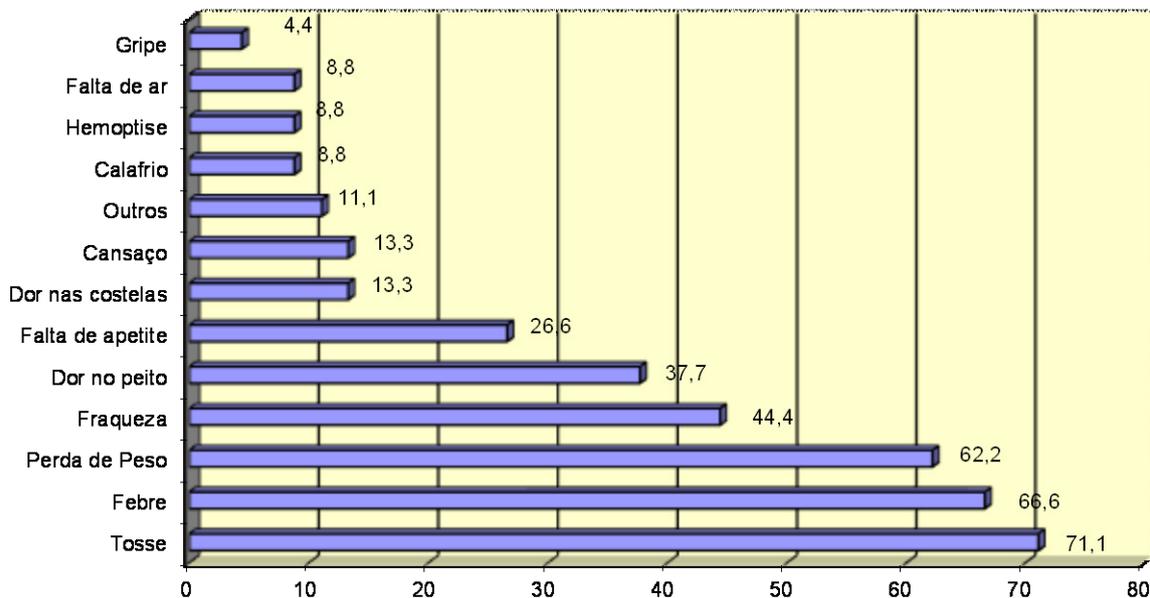
6.3.2 Aspectos da doença

A busca do tratamento deu-se em função dos sintomas persistentes, dentre os quais se destacaram: tosse em 32 (71,1%), febre em 30 (66,6%), perda de peso

(emagrecimento) em 28 (62,2%), seguidos de fraqueza em 20 (44,4%), dor no peito em 17 (37,7%), falta de apetite em 12 (26,6%), além de outras manifestações como: dores nas costelas, cansaço, calafrios, vômitos de sangue, falta de ar, rouquidão, suor noturno, tontura, dor de cabeça, dor no abdome e estados gripais (Figura 5).

Quando indagados sobre sua doença, 39 (86,6%) reconheceram tratar-se de tuberculose, os outros 6 (13,4%) disseram ser portadores de pneumonia, bronquite, gripe e verminose.

Figura 5 – Sinais e sintomas citados pelos pacientes do estudo, abandono do tratamento da tuberculose, no início da doença. São Luís – MA, 2001.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.3.3 Efeitos colaterais atribuídos aos medicamentos

A Figura 6 mostra o relato das reações aos medicamentos, destacando-se enjôos em 14 (31,1%), prurido em 13 (28,8%), tontura em 11 (24,4%), dores no estômago em 10 (22,2%), vômitos em 7 (15,5%), sonolência em 6 (13,3%), alterações no fígado em 4 (8,8%). Seguem-se irritação, edema nos joelhos, cansaço, fraqueza, dor no abdome e desmaios.

Destacam-se alguns depoimentos sobre as reações aos medicamentos, porque, segundo os pacientes, estas interferiam no seu dia-a-dia. Por exemplo:

“Tomo em jejum e é uma reação muito forte, ânsia de vômito, dores fortes no estômago e se não comer nada fica pior [...]”.

“A pessoa fica agitada, nervosa, irritada... vai ao médico e ouve que tem que continuar a medicação”.

“O remédio domina o corpo da pessoa...ele cansou de baixar a minha pressão, era tomar o remédio e ter tontura”.

“Os comprimidos me faziam mal... era por isso que abandonava... era pior que a doença. Quando eu tomava a medicação parecia que tinha um monte de formiga nas minhas pernas... eu sentia muito o meu estômago e um fervilhamento nas pernas; eu não podia sentar. Ainda tô com coceira...”.

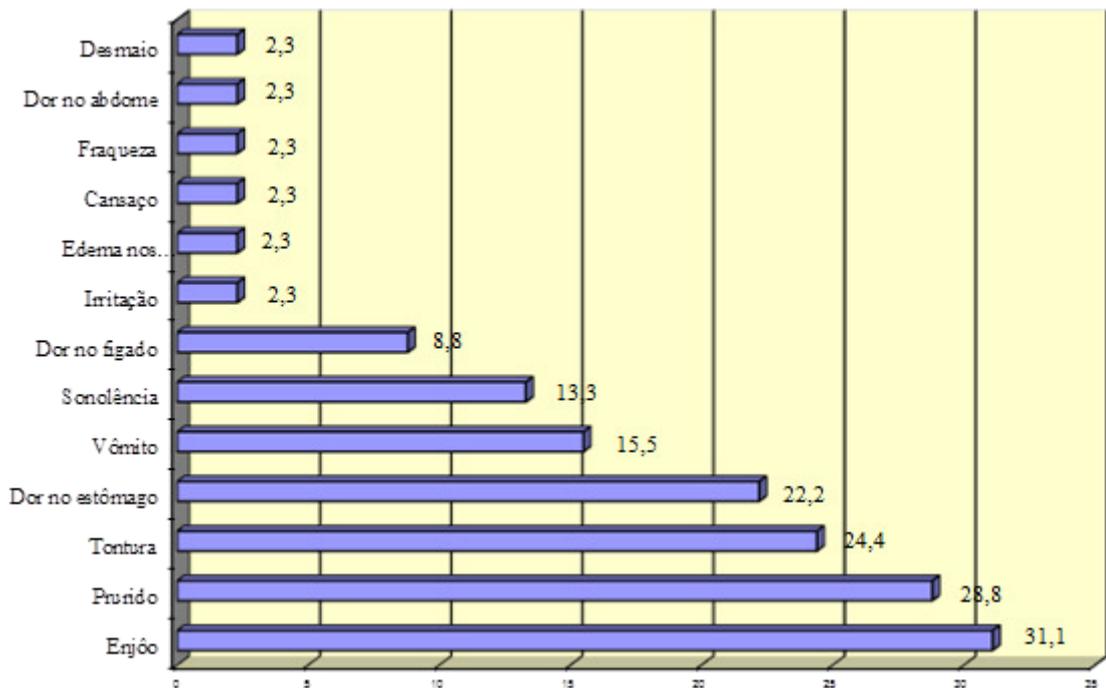
“O remédio era muito ruim, me causava mal, me deixava tonta e aí eu não podia tomar... às vezes, ao tomar, tudo voltava, eu baldeava”.

“Faço tratamento pela 5ª vez;este agora foi pior que das outras vezes... cada recaída, ia morrendo um pedaço meu...”.

“Já fiz tratamento 3 vezes e eu não aguentei mais os remédios. Eu queria que ele me desse ao menos injeção, sabe ?! Eu preferia uma injeção todo dia, mais eu não queria esse remédio... Esse remédio só falta me matar”. (INFORMAÇÃO VERBAL-Relatos de pacientes)

Ressalta-se que além dos medicamentos que utilizavam para o tratamento, 22 (48,9%) dos pacientes referiram ter feito uso concomitante de remédios caseiros, tais como: mastruz com leite, sumo de urucu, sumo de algodão, chá de pau-ferro, babosa com mel.

Figura 6 – Reações que os pacientes que abandonaram o tratamento atribuíram ao uso dos medicamentos. São Luís - MA, 2001.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor

6.4 Situação do abandono

Analisando as respostas contidas nos questionários e os depoimentos dos 45 pacientes, identificaram-se situações diferentes daquelas contidas no Livro de Registro e Controle de Tratamento da Tuberculose das Unidades. Esta constatação se fez mais evidente quando comparados os dados contidos nas entrevistas com os registrados nos prontuários. Em função disso, destacam-se duas situações distintas (Tabela 11): **vinte e nove** pacientes confirmaram a situação do abandono e **dezesseis** pacientes não a confirmaram.

Tabela 11 – Distribuição dos pacientes em estudo segundo a situação do abandono do tratamento - São Luís - MA, 2001

ABANDONO DO TRATAMENTO	N	%
CONFIRMARAM	29	64,5
Não sentiram mais nada	17	37,7
Apresentaram reações aos medicamentos	10	22,2
Não conseguiu marcar consulta	1	2,3
Sem condições financeiras p/ buscar os remédios	1	2,3
NÃO CONFIRMARAM	16	35,5
Outras situações distintas	11	24,4
Realizaram o tratamento e constava alta no prontuário	4	8,8
Transferência para outro município	1	2,3
TOTAL	45	100,0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Acompanhando os acontecimentos de 29 pacientes que confirmaram o abandono, verificou-se que 17 deles o fizeram “por não sentirem mais nada”, 10 devido “a reações aos medicamentos”, 1 por não conseguir marcar consulta e 1 que não tinha condições financeiras para buscar os remédios. No momento em que foram visitados, dos 17 que disseram ter melhorado com o tratamento, 13 aparentavam bom estado geral de saúde, 3 retornaram às Unidades de Saúde para *retratamento* devido à persistência dos sintomas e um continuou seu tratamento em *esquema de falência*. O que desistiu do tratamento, devido não ter conseguido marcar consulta, aparentava bom estado de saúde, e um outro que afirmou não ter tido condições financeiras para retornar à Unidade e dar continuidade ao tratamento, realmente encontrava-se em situação precária, dependendo da caridade pública e inspirava cuidados, pois morava sozinho e, apesar de ter 65 anos, não estava aposentado.

Quanto aos 10 que abandonaram o tratamento devido a reações adversas, 2 aparentavam boas condições de saúde. Outros 5 apresentavam sinais da doença, 2 encontravam-se em *retratamento* e um foi tratar-se em outro estado.

Pelo fato de 16 pacientes terem afirmado que não abandonaram o tratamento, houve necessidade de se proceder, em suas Unidades de origem, a uma minuciosa revisão em seus prontuários, transcrevendo-se a seguir o que foi encontrado: a) em quatro (4) prontuários constava o registro da alta médica; b) um prontuário não foi encontrado na Unidade, confirmando-se depois pelo SINAN-NET que o paciente fora transferido para outro município e consta *alta por cura*; c) 11 pacientes identificados na Tabela 11 como “outras situações distintas” constam no Quadro 2 onde são transcritos os dados tais como foram registrados em seus prontuários, seguindo-se de comentários de alguns deles.

Quadro 2 - Prontuários de onze pacientes, dos 45 do estudo, que não confirmaram abandono - São Luís - MA, 2001

Pacientes	Informações transcritas dos prontuários	Desfecho do caso
1. E.S.C	20/08/, 17/09,16/10(3º mês negativo)	29/11/01- Abandono
2. H.B.S	20/11/01- BK+, Febre, cansaço, tosse seca, dor garganta Início tratº: 26/11/01-Recebeu 1º mês. Fez tratº tb- mãe	28/12/01- Abandono
3. A.B.S.	BK em 7/5/01-positivo++, iniciou tratamento 26/11/01-BK negativo	* * Verificado com paciente 5 resultados de BK negativos.
4. J.B.N	08/04/01-BK negativo,30/10/01BK positivo Conduta: Início tratamento: E I, 01/11/2001	13/11/01- abandono
5. R.N.M	Refere tratº em 92 BK+++20/06/01 Início:11/07/01, Refere hemoptise, dor torácica 30/08/01 - faltoso Realizou retratº 07/01 a 01/02 02/05/02-escarro negativo	* * Não há referência sobre o destino do paciente.
6. D:T:S:	03/10/01(escarro++) ,Tosse seca , dor torácica, RX Iniciou Esquema	30/11/01- abandono
7. J:R:S:	30/01/01, 1ª consulta Conduta: E I Não fez ppd, resultado de antibioticoterapia pouco satisfatório.	* * Não há referência sobre o destino do paciente.
8. M.L.P.	26/09/01-Bkpositivo no HPV* Início:01/10/01 *CSPR 30/01/02 Bk negativo	28/01/02-abandono
9. R.J.N.P.	D/N:2/07/1920-82 anos 33kg HD - gripe com tosse e emagrecimento Ant. Pessoais- tb há +- 2 anos 07/03/2001- sol. Rx e exames 08/03/2001- Rx. infiltrado, Escarro no laboratório CID-A-15 08/03/2001- refere encontrar-se doente há +- 01 mês Queixas - dor torácica, tosse, anorexia, perda ponderal Baciloscopia negativa Recebeu 1º mês de tratamento: R+INH+PZA 21/03/01- Hemograma: 4440, Fezes: negativo, Urina: NDN Glicemia: 82. Orientado quanto à importância do tratº, higiene, alimentação e exames para controle de tratº. Recebeu o 1º mês de tratamento : R-P-INH.	**Não há referência sobre o destino do paciente.
10. J.B.M.	Início 15/02/2001. Solicitado Escarro, porém iniciou E I	30/03/2001-abandono
11. A.R.F.	BK++ Início:15/08/01,13/09/01 - 2º mês 16/09/01- levou p/ 3º mês	18/11/01- abandono

*HPV-Hospital Presidente Vargas *CSPR- Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos

* * Observação - acrescentado pela pesquisadora após análise dos prontuários.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

A seguir analisam-se os prontuários, constatando-se que em alguns deles o significado do *abandono* do tratamento não é o mesmo que o estabelecido pelo PCT, pois o

registro no livro ocorreu antes da constatação das 30 faltas, ou seja, antes mesmo do apazamento previsto para o retorno à Unidade. Em outros, os dados são demasiado simplificados, impedindo qualquer conclusão. Um e outro procedimentos vulneram a competente definição do Caso de Tuberculose que, na ausência de baciloscopia negativa, o médico deve se basear “nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado dos exames complementares” e, portanto, o prontuário deve estar bem instruído.

HBS (2) iniciou tratamento em 26/11/01. Em 28/12/01, consta o encerramento por abandono, portanto, transcorreram apenas 02 dias de atraso. Este caso não pode ser considerado alta por abandono, pois não obedeceu aos critérios para encerramento do tratamento.

ABS (3) iniciou tratamento em 07/05/01. Em 26/11/01 consta o resultado de uma baciloscopia negativa. Na visita domiciliar o paciente corrobora o seu tratamento e exhibe 5 resultados de baciloscopia negativas. Este paciente, ao exhibir as baciloscopias negativas, cumpriu os critérios de alta por cura.

JBN (4) iniciou tratamento em 01/11/01, constando em seu prontuário em 13/11/01, doze dias após, abandono. Apesar de haver um registro em 08/04/2001 de uma baciloscopia negativa, trata-se de um caso novo devido ao seu esquema de tratamento (EI). Como no caso anterior, não pode ser considerado abandono.

RNM (5) realizou *retratamento* de julho de 2001 a janeiro de 2002. Portanto, durante 6 meses, seguindo-se de um exame de escarro negativo em 02/05/2002. A observação de que fez tratamento em 1992 não acrescenta nada ao caso. Seu tratamento foi completo.

JRS (7) iniciou tratamento em 30/01/01 com Esquema I. Não há registro do resultado da baciloscopia e do PPD. Consta que o resultado da antibioticoterapia foi pouco satisfatório. Também não há referência sobre o seu destino.

JBM (10) iniciou o Esquema I em 15/02/01 e em 30/03/01 está registrado o abandono, com apenas 15 dias de atraso da data prevista para retorno. Não pode ser considerado abandono.

7 DISCUSSÃO

Estudos realizados constatarem que a tuberculose está presente em toda a humanidade e ainda não se visualiza sua erradicação. Apesar dos avanços no tratamento com esquemas de curta duração, de drogas eficientes, da facilidade do diagnóstico e da completa recuperação do paciente, sabe-se que a grande arma para o seu controle continua sendo a busca de casos e a organização dos serviços de saúde (CAMPOS, 1996; MELO, 1997, RUFFINO-NETTO, 2002). Pois as facilidades para a realização do diagnóstico, bem como as recomendações adequadas para o tratamento, na ausência de serviços organizados, não garantem por si só o sucesso dos Programas, o tratamento de maneira adequada e a ausência de altas por abandono que, segundo Pilheu (1990) e Sbarbaro (1990/1991), são realidades observadas na maioria dos países onde a tuberculose é endêmica. Portanto, devem ser feitos esforços para evitar a expansão da doença, a resistência aos medicamentos e abandonos de tratamento, indicadores que contribuem para a deterioração dos Programas de Controle.

Neste trabalho procurou-se enfatizar as variáveis relacionadas aos serviços e aos pacientes e extrair destes os condicionantes que, em cada caso, favoreceram ou contribuíram para o abandono do tratamento. As análises dos dados obtidos dos prontuários, assim como das entrevistas com os pacientes, de imediato revelaram descompasso entre o conceito de abandono adotado pelo PCT e a prática das Unidades de Saúde onde foi realizado o presente estudo.

Considerando-se o que preconiza a literatura sobre abandono do tratamento da tuberculose em que autores como Gerhardt, Teixeira e Diniz (2002) e Gonçalves (1998) enfatizam que os maiores índices ocorrem no 3º e no 4º mês de tratamento, pode parecer, à primeira vista, que o presente estudo vai de encontro ao que relatam esses autores. No entanto, verifica-se que parte dos “abandonos”, registrados no 1º, 2º e 3º mês (tabela 1), não podem ser caracterizados de fato como *abandono*, por não se enquadrarem nos critérios estabelecidos pelo PCT.

7.1 Aspectos epidemiológicos relacionados aos pacientes e Unidades de Saúde

A busca dos serviços com a conseqüente descoberta dos casos se deu por demanda espontânea, a partir dos sintomas apresentados pelos pacientes.

A faixa etária encontrada com maior freqüência, entre 21 e 40 anos, assemelha-se aos dados da literatura (TARANTINO, 1997; MORALES et al., 1993; FERRER et al., 1991;

LIMA et al, 2001; SASSAKI et al., 2000). Os homens foram os mais acometidos e os que mais abandonaram o tratamento. Segundo Betlhem (1995), este fato pode ser atribuído às atividades ocupacionais que dificultam, na maioria das vezes, a continuidade do tratamento.

A maior incidência de abandono ocorreu entre os pacientes que possuem o ensino fundamental e médio, contrariando alguns dados da literatura. Morales et al. (1993) destacam que residir no meio rural, a pouca escolaridade e o analfabetismo dos pacientes são fatores de risco que contribuem para o abandono do tratamento. Ressaltam que esses fatores incidiram cinco vezes mais nesses pacientes que naqueles com escolaridade primária e superior. Ribeiro (1993), em seu estudo na cidade do Rio de Janeiro, imputa à baixa escolaridade o fator associado ao abandono do tratamento.

O estudo revelou que a maioria dos pacientes que abandonaram o tratamento, 48,8% dependiam de familiares e 44,5% desenvolviam atividades informais por eles denominadas "biscates". Portanto, com baixos rendimentos e sem possibilidades econômicas para manutenção de suas necessidades básicas de sobrevivência. Sobre isto Ribeiro (1993) mostrou, em seu estudo, que os pacientes com tuberculose, sem trabalho fixo e menor inserção social, tiveram risco para o abandono seis vezes maior. Do mesmo modo Costa et al (1998) na cidade de Pelotas-RS constataram que a tuberculose é uma doença associada às baixas condições de vida. Fora do Brasil, Ferrer et al. (1991) demonstraram que a proporção dos que abandonaram o tratamento é maior naqueles sem trabalho estável.

Os homens, quando em comparação com as mulheres, apresentaram maior consumo de bebidas alcoólicas, alguns com ingestão exagerada e, do mesmo modo, o hábito de fumar; ambos somados ao conjunto de outros fatores que foram detectados e que contribuíram para o abandono de tratamento. De acordo com Perini (1998), o alcoolismo influencia no comportamento humano, na perda da responsabilidade, o que pode refletir negativamente no tratamento de uma doença de longa duração que obriga o paciente a cumprir horários de tomada de medicação. Segundo Helman (1994), o consumo de álcool pelo homem deve sempre ser interpretado à luz do seu contexto social e cultural, o que inclui padrões de consumo e conceito de valores, tais como prova de virilidade, masculinidade, maturidade e até rebeldia em não aceitar sua realidade.

Boa parte dos pacientes (35,5%) que moravam em habitações precárias, sem condições de saneamento, migraram do meio rural e se fixaram em aglomerados humanos, rotulados como invasões, passando a integrar o ambiente geográfico e urbano da Ilha de São Luís (MARANHÃO, 1998). Nesses locais as casas são construídas de maneira precária, com pequenos espaços que favorecem a aglomeração, com pouca entrada de luz, deficiente

ventilação, constituindo as condições que Melo (1997) reconhece como favorecedoras da transmissão da tuberculose.

Em relação ao agravo, quando investigados, a maioria dos pacientes admitiu ter uma doença pulmonar, porém não referiram tuberculose e sim pneumonia, gripe mal curada, bronquite, demonstrando sua recusa em aceitar a doença. Outros alegaram que a transmissão se dá por fômites, o que aponta o desconhecimento sobre a forma de propagação da doença, corroborando a afirmação de Gonçalves (1998), segundo a qual a tuberculose além de ser uma moléstia desconhecida para o próprio doente continua socialmente estigmatizada.

Os pacientes, em geral, mencionaram que os sinais e sintomas manifestados no início da doença foram febre, tosse, dor no peito, cansaço e perda de peso, entre outros, coincidindo com os sinais e sintomas “clássicos” descritos na literatura como importantes para a suspeita de tuberculose (LEÃO, 1997). Melo (1997) chama atenção e adverte que os sinais e sintomas da tuberculose são inespecíficos, podendo estar presentes em outras doenças pulmonares, e ressalta que na acurada investigação dos pacientes devem constar seus aspectos epidemiológicos, pois estes definem a magnitude do risco de infecção a que o paciente está submetido no ambiente familiar, social ou profissional.

As reações adversas atribuídas aos medicamentos foram enjoos, prurido no corpo, tonturas, dores no estômago e vômitos, que coincidem com as descritas na literatura (MELO, 1997; BRASIL, 2002b), acrescentando-se outros achados como sonolência, alterações no fígado, irritação, edema nos joelhos e dor nos rins. Perini (1998), em estudo realizado em Belo Horizonte, mostrou aspectos que considerou determinantes do abandono tais como as rejeições e reações aos medicamentos além de outros fatores, como o uso do álcool, de outras drogas e o próprio relacionamento familiar e no trabalho. Oliveira e Moreira Filho (2000) enfatizaram que as reações adversas tipo náuseas, vômitos e reações hepatotóxicas estiveram fortemente associadas ao aparecimento de recidivas, chamando a atenção para o valor que deve ser dado a estas queixas durante o tratamento, o que pode contribuir para evitar o abandono do tratamento.

A organização dos serviços de saúde, segundo Vendramini et al. (2002) é imprescindível à qualidade do diagnóstico, à recuperação do paciente e à adesão ao tratamento em função da capacidade de realizar visitas domiciliares, dando oportunidade aos profissionais de identificar as necessidades da família (sociais, econômicas e de relacionamento) e, dessa forma, contribuir para a construção de um elo afetivo na relação paciente/família/serviço.

Nas unidades estudadas, o diagnóstico do paciente se mostrou satisfatório, em parte, quando se considera os critérios adotados pelo PCT, ressaltando-se que somente a partir do esclarecimento do seu diagnóstico o paciente passa a ter acesso facilitado aos serviços. Apesar disso, ficou demonstrado que não foram acionados mecanismos práticos capazes de propiciar o retorno do paciente, numa situação de falta, ou de despertar a vontade de retorno aos serviços em outra eventualidade.

Caldas e Queiroz (2000), em estudo no município de São Luís, apontaram a inexistência de serviços próximos às residências dos clientes como um dos fatores que mais contribuíram para o abandono do tratamento. Neste estudo o que se constatou foi que muitos pacientes buscaram tratamento fora do seu Distrito, apesar de existirem Unidades de Saúde próximas de suas residências que facilitariam não só o acesso como a visita domiciliar, que tem como finalidade identificar os comunicantes e resgatar os pacientes faltosos. Apesar disso, 6 pacientes dentre os 45 estudados receberam visitas domiciliares e menos de 50% dos pacientes responderam que retornariam ao serviço em caso de nova necessidade.

7.2 Abandono do tratamento

O que consta no Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose reflete a organização das unidades de atendimento e mostra a situação do paciente em tratamento, constituindo-se um bom indicador da qualidade dos serviços prestados. Neste estudo, verificou-se que várias situações ligadas aos pacientes e aos serviços convergem para a concretização da situação de abandono do tratamento.

Dos 29 pacientes, apresentados na Tabela 11, que verdadeiramente abandonaram o tratamento, 17 (58,6%) o fizeram por sentirem-se curados, 10 (34,4%) por apresentarem reações aos medicamentos e 2 (7,0%) por outros motivos; nenhum, a nosso ver, que uma visita domiciliar não pudesse orientar ou mesmo resolver o problema. Quanto aos 16 pacientes que não confirmaram a situação de abandono, constata-se, de imediato, através do que está registrado em seus prontuários, que sobre 5 deles (31,2%) não há necessidade de qualquer raciocínio dedutivo para se afirmar que completaram o tratamento; sobre os 11 pacientes que tiveram seus prontuários transcritos no Quadro 2, constatou-se, em alguns deles, que o significado das “altas por abandono do tratamento” contrariam os critérios estabelecidos pelo PCT (BRASIL, 2002a), pois o que está registrado no livro ocorreu antes mesmo da constatação das 30 faltas, portanto, antes mesmo do aprazamento previsto para retorno à

Unidade onde realizava o tratamento; em outros a simplificação dos dados impediu que se chegasse a quaisquer conclusões sobre o desfecho do caso.

Um e outro dos achados encontrados mostram quão vulnerável se mostrou a respeitável definição do Caso de Tuberculose, porque na ausência de baciloscopia positiva o médico deve se basear nos achados “clínicos epidemiológicos e nos resultados dos exames complementares” (BRASIL, 2002a) e, portanto, o prontuário é o documento que, obrigatoriamente, deve estar bem instruído. Assim, que dizer de um Livro de Registro e Controle o qual tem seus dados inscritos a partir de prontuários com dados incompletos e até ausentes, como os observados em relação à morte de 5 pacientes no transcorrer do tratamento, contribuindo para a sub-notificação e o desconhecimento da realidade?!

Gonçalves (1998) demonstra em seus estudos que, por vezes, são as próprias observações e percepções do doente sobre a enfermidade que o leva a concluir ou não o tratamento. Ressalta que a percepção corporal da doença constitui uma categoria importante e que, como tal, deve ser vista. Comenta que a corporalidade da doença, como modo de ler os sinais e os sintomas, se fez mais presente nos pacientes que não aderiram completamente ao tratamento, porque estes quando sentem “novas” manifestações da enfermidade logo buscam novo atendimento. Completa suas observações chamando a atenção para o fato de a atenção médica nos Programas de Controle estarem mais voltadas para as manifestações físicas da doença, não observando as diferentes representações e concepções dos pacientes com sua maneira própria de perceber, assimilar e atribuir significados aos seus sinais e sintomas.

O presente estudo, ao abordar o paciente em seu ambiente existencial, confrontando suas informações com as anotadas no “Livro de Registro”, demonstrou a necessidade de que as Unidades de Saúde estudadas revejam sua prática, a nosso ver, carecendo de melhor cuidado para atender o que determina um Programa de Controle, que não deve subestimar procedimentos importantes, como os aqui evidenciados.

O registro correto dos casos e a realização de visita domiciliar periódica feita por pessoal técnico capacitado é extremamente importante para a prevenção do abandono e para que sejam descobertos e tratados todos os casos de tuberculose na comunidade.

8 CONCLUSÕES

O estudo realizado nos possibilitou esclarecer várias questões levantadas acerca da situação do abandono do tratamento no município de São Luís-MA. Algumas delas não diferiram das encontradas na literatura, como a faixa etária, o sexo e as condições socioeconômicas que se assemelham às descritas em outros estudos. Verificou-se que vários fatores concorreram para esta situação e existem variáveis ligadas aos pacientes e aos serviços.

Variáveis relacionadas ao Serviço de Saúde:

- a. O abandono do tratamento que consta no Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose nem sempre obedeceu aos critérios estabelecidos no PCT do Ministério da Saúde.
- b. O abandono do tratamento foi confirmado somente por 29 (64,5%) dos pacientes registrados no livro e encerrados como alta por abandono.
- c. Do universo de 16 (35,5%) pacientes que não confirmaram o abandono de tratamento, de uma parte significativa, 5 casos, constatou-se a alta por cura; quanto aos demais, a simplificação dos dados não permitiu afirmar-se com segurança sobre a conclusão e encerramento do caso.
- d. A desorganização do Serviço de Arquivo Médico (SAME) parece ter influenciado negativamente na dinâmica do acompanhamento dos casos.
- e. Existem prontuários com informações insuficientes sobre a evolução e acompanhamento dos casos de tuberculose.
- f. Ausência da busca ativa dos pacientes faltosos.
- g. Número considerável de pacientes com baciloscopia positiva que abandonaram o tratamento.
- h. Os pacientes não eram suficientemente orientados sobre as reações adversas causadas pelos medicamentos; quando de seu retorno, não lhes era perguntado sobre essas mesmas reações e nem tampouco lhes era apresentada a possibilidade de mudança do esquema terapêutico por conta de quaisquer eventuais efeitos colaterais.
- i. Falta de sistematização da rotina do serviço e estabelecimento de critérios para o registro e preenchimento dos formulários exigidos no desenvolvimento das atividades do PCT.

Variáveis relacionadas aos pacientes:

- a) A forma de perceber o seu estado de saúde, quando já não sentiam os sintomas da doença, o que os remetia à sensação de cura e, conseqüentemente, à interrupção do tratamento.
- b) As reações adversas ao medicamento, contribuindo negativamente para a tomada de decisão e interrupção da terapêutica.
- c) A precariedade das condições socioeconômicas como fator complicador para a promoção da saúde e de padrões favoráveis a uma boa qualidade de vida.

9 SUGESTÕES

- a) Estabelecimento de rotina de Visita Domiciliar nas Unidades de Saúde.
- b) Estabelecimento de parceria com a Estratégia de Saúde da Família para a busca do paciente faltoso.
- c) Redistribuição de recursos humanos para desenvolvimento de atividades no PCT.
- d) Envolvimento de todos os profissionais que atuam no PCT em reuniões de avaliação das atividades de cada Unidade de Saúde.
- e) Inclusão nos treinamentos do PCT de todos os profissionais que trabalham no Programa e que ainda não participaram de treinamento específico.
- f) Revisão das definições de abandono e de casos encerrados nas Unidades de Saúde.
- g) Fortalecimento da relação profissional/paciente por meio de estratégias que possibilitem e favoreçam o diálogo.

REFERÊNCIAS

- BETHLEM, N. **Pneumologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1995.
- BETHLEM, N. **Tuberculose: importância do problema para o mundo e o Brasil**. 1998. Disponível em: < <http://www.nib.unicamp.br/sbpt/importb.html> >. Acesso em: 14 ago. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. 4. ed. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, DF: 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6. ed. Brasília, DF: 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Brasília, DF: 2002b.
- CALDAS, A. J. M., QUEIROZ, L. S. Causas de abandono ao tratamento de tuberculose em São Luís-MA. **Saúde Pública Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 21, p. 13-15, fev. 2000.
- CAMPOS, H. S. Tuberculose: um perigo real e crescente. **J. Bras. Méd.**, v. 70, n. 5, p. 73-105, maio 1996.
- COSTA, J. D. et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 10, abr./jun. 1998.
- DUARTE, E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 123p.
- FERRER, X. et al. Adherência al tratamiento de la tuberculosis en Santiago, Chile. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v. 111, n. 5, p. 423-431, 1991.
- GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G. M.; DINIZ, L. S. O controle da tuberculose em área do Distrito de Campos Elíseos de Duque de Caxias-RJ. **Bol. Pneumologia Sanitária.**, v.10, n.2. p.13-20, jul/dez. 2002.
- GONÇALVES, H. Corpo doente: um estudo sobre a percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, L. F.; LEAL, (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 105-120.
- GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 23 p., jul./out. 2000.
- GONZALEZ, Edilberto et al. Impacto económico-social del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) en la población cubana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 687-699, jul./set. 2000.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HIJJAR, M.; OLIVEIRA, M. J. P. R. de; TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim Epidemiologia Sanitária**, v. 9, n. 2, p. 9-16, jul./dez, 2001.

IBGE. **Município de São Luís**: informações básicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

LEÃO, Raimundo Nonato Queiroz de. **Doenças infecciosas e parasitárias**: enfoque amazônico. Belém: Editora Cejup, 1997. 886p.

LIMA, M. B et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, jul/ago. 2001.

MARANHAO. Secretaria Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos. Programa Estadual de Gerenciamento Costeiro. **Diagnóstico ambiental da microrregião de aglomeração urbana de São Luís**: estudo de ocupação espacial, uso e cobertura da terra. São Luís, 1998.

MORALES, E. M. et al. Principales causas de abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. **Gaceta Medica de México**. v. 129, n. 1, p. 57-62, enero-febrero. 1993.

MELO, F. A. F. DE. Tuberculose. In: VERONESI, R. FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 914-959.

OLIVEIRA, H. B. **Estudo do Tratamento da Tuberculose na rede pública do município de Campinas – SP, 1987**. [Dissertação]. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, SP, 1991.

OLIVEIRA, H. B., MOREIRA FILHO, D. C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 437-443, out. 2000.

PERINI, E. **O abandono do tratamento da tuberculose**: transgredindo regras, banalizando conceitos. Tese (Doutorado em Ciência Animal) - Escola de Veterinária/UFMG, Belo Horizonte, 1998.

PILHEU, J. A. Quimioterapia antituberculosa: nuevas tendencias. **Rev. Argentina del Torax**. v. 51, n.1, p. 3-4, 1990.

RIBEIRO, L. **A luta contra a tuberculose no Brasil**: apontamentos para sua história. Rio de Janeiro: S.C.P., 1956.

RIBEIRO, S. N. **Abandono do tratamento da tuberculose**: aspectos do tratamento mal conduzido. Discussão dos possíveis fatores como causa do abandono do tratamento específico da tuberculose e a situação bacteriológica após o abandono. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 1993.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Bol. Pneumologia Sanitária**, v. 7, n. 1, p. 7-18, jan./jun, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. v.10, n. 3, p. 129-138, jul/set. 2001.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **R. Sociedade bras. Méd. Tropical**, v. 35, n. 1, p. 51-58, jan./jun, 2002.

SASSAKI, C. M. et al. Tempo de tratamento de pacientes inscritos no Programa de Controle da Tuberculose - Ribeirão Preto - SP (1998-1999). **Bol. Pneumologia Sanitária**, v.10, n.2, p.27-34, jul./dez. 2000.

SBARBARO, J. Cumplimiento del paciente com el tratamiento preventivo. Consideracions operacionaes. **Bol. Unión Int. Tuberc. Enf. Resp.**, v.66 (supl.), p. 39-41, 1990-1991.

TARANTINO, Afonso Berardinelli. **Doenças pulmonares**. 4. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1997. 1099p.

TORRES, B. et al. Comportamento epidemiológico da tuberculose nos Estados do Nordeste: 1988/1992. **Revista Brasileira de Medicina**. v.51, n.11, p. 1631-1640, nov. 1994.

VENDRAMINI, S.H.F. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Bol. Pneumologia Sanitária**, v.10, n.1, p.5-12, jan./jun. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa

1. Identificação: Entrevista N° Data: / / Hora:
 Matrícula na UBS: Not. n.º:
 Endereço:
 Data do Nasc.: Idade
 Sexo: (1) feminino (2) masculino
 Naturalidade: (1)maranhense (2) outros
 Procedência: (1)capital (2)interior (3)outro estado
 Estado civil: (1)solteiro (2)casado (3)viúvo (4)divorciado (5)outros
 Religião: (1)católica (2) evangélica (3) outras
 Ocupação: (1)estudante (2)tem ocupação definida (3) outras (4)aposentado
 Escolaridade: (1)Não sabe ler e nem escrever
 Ensino Fundamental: (2)Incompleto (3) Completo
 Ensino Médio: (4) Incompleto (5) Completo (6)Terceiro grau
 Com quem mora: (1)com familiares (2)sozinho (3)com outras pessoas
2. Dados Socioeconômicos:
 Trabalha: (1) sim (0) não
 Renda mensal: (1)menos de 01 salário mínimo (2)de01até 02 salários mínimos
 (3)de 02 até 03 sal. min. (4)mais de 3 sal. mínimos (0)sem renda declarada
 Habitação: Aquisição da Casa: (1)própria (2)alugada (3)cedida (4)outra situação
 Tipo de construção: (1)alvenaria (2)madeira (3)taipa
 Quantidade de cômodos: (1)um cômodo (2)dois cômodos (3)três cômodos
 (4)mais de três cômodos
 Ventilação: (1)boa (2)regular (0)precária
 Benefícios da residência:
 Rede elétrica: (1) sim (0) não
 Água: (1)rede pública (2)de poço (3)outras fontes
 Coleta de lixo: (1)uma vez/semana (2)duas vezes/sem. (0)não tem coleta
 Destino dos dejetos: (1)rede de esgoto (2)fossa
 Hábitos: Toma bebida alcóolica : (1)sim (0) não Fale a respeito.
 Fuma: (1)sim (0) não Fale a respeito.
3. Dados sobre a doença:
 Sobre a doença, o que sabe?

Já teve doença do pulmão: (1)sim (0)não Qual doença?

Fez tratamento: (1)sim (0)não Quantos meses?

Sintomas que sentia no início da doença: (a) febre (b)tosse (c)dor no peito

(d)perda de peso (e)fraqueza (f)falta de apetite (g)outros

Reação que sentia com uso dos remédios : (a)coceira no corpo(prurido) (b)tontura

(c)dor no estomago (d)dor no fígado (e)enjôo (f)vômito (g)insônia (h)outras

Qual o motivo que abandonou o tratamento ? Fale a respeito.

(a) achou que estava curado (não sentia mais nada). Explique:

(b) sentia muita reação dos remédios. Qual ?

(c) não tinha condições de ir buscar os remédios. Explique:

(d) fez tratamento e não retornou para receber a alta

(e) outros motivos

O que achou do atendimento na UBS: (1)bom (2)regular (0)péssimo Fale a respeito.

Foi difícil para marcar consulta: (1)sim (0)não Fale a respeito.

Fez uso de outro tratamento(remédio) para a doença: (1)sim (0)não Qual ?

Recebeu alguma visita ou comunicado, quando deixou de ir na Unidade de Saúde: (1)sim

(0)não De quem? Fale a respeito.

Voltaria à Unidade Saúde para fazer outros exames: (1)sim (0)não Por que?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

PESQUISA: O abandono do tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde do município de São Luís

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,-----recebi por parte da pesquisadora, esclarecimento detalhado sobre a pesquisa e os procedimentos a serem utilizados, bem como os objetivos, riscos e benefícios que poderão advir da referida pesquisa, onde se procura conhecer os fatores condicionantes para o abandono do tratamento da tuberculose.

Foi garantido sigilo sobre a minha identificação e assegurado que posso me afastar da pesquisa se assim desejar, sem que isso venha me causar dano moral e ético ou qualquer constrangimento.

Autorizo a pesquisadora a transcrever, utilizar e divulgar, no todo ou em parte, a entrevista a ela concedida por mim, para fins de pesquisa junto ao Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Local e data: _____/_____/_____

ANEXOS

ANEXO A – Registro de pacientes e controle de tratamento dos casos de tuberculose das Unidades de Saúde, 2001.

IDENTIFICAÇÃO				EXAMES DE DIAGNÓSTICO							TRATAMENTO			TRATAMENTO						CASOS ENC./ALTA								
Mat	Nome	Id	Sex	Bac.		Cult	PPD	Hist	Rx	HIV	Form	Tipo	Inicio	Esq	Baciloscopia						Rx	Data	Motivo					
				1ª bk	2ª bk										1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª								
25007	JRR	80	M	+++	neg	-	-	-	S	-	P	TI	03/05/01	I	-	-	neg	-	neg	-	-	-	-	-	-	30/08/01	Aband	
98340	RFM	86	M	+	-	-	-	-	S	-	P	TI	17/05/01	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30/06/01	Aband
25920	ABS	17	F	+	-	-	-	-	S	-	P	TI	22/05/01	I	++	neg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30/09/01	Aband
27141	MCS	89	F	neg	-	-	-	-	S	-	P	TI	28/06/01	I	-	neg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28/09/01	Aband
26703	RNM	35	M	+	-	-	-	-	S	-	P	TI	11/07/01	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30/08/01	Aband
20850	EOL	24	F	+++	-	-	18	-	S	-	P	TI	20/07/01	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30/08/01	Aband
28353	AMP	19	M	+++	-	-	-	-	S	-	P	TI	20/07/01	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30/10/01	Aband
25862	AMC	39	F	neg	-	-	-	-	S	-	P	TI	20/07/01	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30/10/01	Aband
27090	ACS	22	F	++	-	-	-	-	S	-	P	TI	01/08/01	I	neg	neg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15/11/01	Aband
28354	BDS	38	M	++	-	-	-	-	S	-	P	TI	03/08/01	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10/09/01	Aband
29271	ESC	21	M	++	-	-	-	-	S	-	P	TI	20/08/01	I	-	-	neg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20/11/01	Aband
23965	JRS	37	M	neg	-	-	-	-	S	-	P	TI	13/06/01	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30/08/01	Aband
14509	MSC	39	F	+	-	-	-	-	S	-	P	TI	10/09/01	I	-	-	neg	neg	neg	-	-	-	-	-	-	-	30/10/01	Aband
1049	DTS	47	M	+++	-	-	-	-	S	-	P	TI	17/09/01	I	neg	neg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30/10/01	Aband
30262	MLR	57	F	++	-	-	-	-	S	-	P	TI	01/10/01	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28/01/01	Aband
30294	VM/R	38	M	++	-	-	-	-	S	-	P	TI	10/10/01	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30/12/01	Aband

ANEXO B – Mapa com divisão do município de São Luís - MA, por distritos em São Luís - MA, 2001



ANEXO C – Mapa com distribuição dos casos de abandono do tratamento da tuberculose por distrito, São Luís - MA, 2001

