



ABANDONO AO TRATAMENTO, CURA E ÓBITOS RELACIONADOS A TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS

Monalise Lemos

monalemos@yahoo.com.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Laís Mara Caetano da Silva

laismara@eerp.usp.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Iramildes Souza Silva

iramildessouza@hotmail.com

Universidade Paulista – UNIP – Araraquara

Altair Seabra de Farias

altair17@usp.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Simone Terezinha Protti

simoneprotti@yahoo.com.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Tereza Cristina Scatena Villa

tite@eerp.usp.br

Escola de Enfermagem Ribeirão Preto - USP

Pedro Fredemir Palha

palha@eerp.usp.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

RESUMO

A Tuberculose, doença declarada como em estado de emergência em âmbito mundial e problema de Saúde Pública, se constitui como grande problema, especialmente nos países em desenvolvimento. Apesar de se apresentar como prevenível e curável, seu tratamento é complexo, o que na maioria das vezes se constitui como motivo de abandono deste. O presente estudo objetivou analisar as taxas de cura, óbitos e abandono do tratamento por tuberculose no município de Passos, no período de 2002 a 2006. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) deste, e analisados por meio da construção de tabelas e gráficos no *software Excel 2007*. Ocorreram 83 casos de Tuberculose nesse período, sendo desses 5 óbitos, 59 curas e 5 abandonos. As taxas de abandono relativamente expressivas demonstraram que algo está ocorrendo, cabendo investigar se os fatores relacionados a esta se associam ao doente, ao serviço, ou às políticas assistenciais do município. Os números crescentes dos casos de abandono da Tuberculose no município evidenciaram a necessidade de adoção de medidas para a diminuição das taxas de abandono destas, sendo o Tratamento Supervisionado uma medida eficaz para a melhora dos índices de adesão ao tratamento, proporcionando assim o controle da doença.

Keywords: Tuberculosis, failure of treatment, Health Services

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) há uma década foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em estado de emergência no mundo, sendo ainda hoje a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Segundo estimativas da OMS, dois bilhões de pessoas, correspondendo a um terço da população mundial, está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Destes, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (BRASIL, 2007).

O *Mycobacterium tuberculosis* é transmitido de pessoa a pessoa pela via respiratória, através da inalação de gotículas infecciosas que são lançadas no ar por meio de tosse, ou outro movimento expiratório forçado de pessoas eliminadoras de bacilos. A infecção de um hospedeiro susceptível ocorre quando esses bacilos são inalados.

O exame direto do escarro, a baciloscopia é o método prioritário para o diagnóstico da TB pulmonar, assim como para o controle do tratamento. A terapêutica utilizada no combate à tuberculose combina várias drogas, uma vez que o bacilo causador apresenta rotineiramente mutações (VENDRAMINI et al., 2007).

Para a melhoria das condições relacionadas ao controle da TB, a 44ª Assembléia Mundial de Saúde de 1991, introduziu e recomendou a todos os países a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), pautada em cinco pilares, considerados essenciais para o controle da doença: compromisso político, detecção de casos por baciloscopia, esquemas de tratamentos padronizados e tratamento diretamente supervisionado (TS), suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados e sistema de registro e notificação de casos (VENDRAMINI et al., 2007).

No Brasil, a estratégia DOTS estava disponível em 2002 somente para 35% da população. No entanto, a cobertura aumentou 34% em 2003 e a taxa de detecção de caso em 18%, resultando em taxa da detecção de 55% dentro das áreas com cobertura DOTS. A taxa do sucesso do tratamento com a utilização do DOTS em 2002 era de 75%, com 18% dos pacientes em abandono ou transferência. Grande proporção dos pacientes (29%) terminou o tratamento sem evidência da conversão da baciloscopia (WHO, 2005).

O sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde detectou 81.053 casos novos de tuberculose em 2003. Destes cerca de 62% ocorreram nas regiões metropolitanas das capitais e do DF. A região Norte apresentou as maiores taxas de incidência, seguida pelo Nordeste, Sudeste, Sul, e Centro-Oeste. Estima-se uma subnotificação de 20 a 30%, o que elevaria a incidência próximo de 100 mil casos novos ano (BRASIL, 2006).

A estratégia DOTS continua sendo uma das prioridades para que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) atinja a meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde, de curar 85% dos doentes, diminuindo a taxa de abandono, evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da tuberculose no país (BRASIL, 2007).

Além da adoção da estratégia do tratamento supervisionado, o PNCT brasileiro reconhece a importância de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do SUS. Portanto, visa a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para garantia a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento. Além disto, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais e de parcerias com organismos nacionais e internacionais de combate à TB.

Por intermédio dessas colaborações e parcerias, o PNCT visa o sinergismo e multiplicação do impacto de suas ações de prevenção e controle da TB (BRASIL, 2007).

A TB é uma doença que revela um dos componentes cruciais do processo de inserção do sujeito na macro estrutura da sociedade: a desigualdade social. Esta, sem dúvida alguma, gera em contra partida um efeito cascata sobre a população, traduzindo-se pela miséria, má nutrição, más condições de vida e de educação, atingindo, portanto, os indivíduos mais vulneráveis da população. Característica esta que exige um grande envolvimento de toda a sociedade civil organizada, profissionais da saúde e governos para o desenvolvimento de estratégias e ações para o controle da doença, tendo como objetivo a redução da sua morbimortalidade, tornando assim, inaceitável a passividade frente ao sofrimento e morte gerada pela doença (DUCATI et al., 2006).

Um dos principais problemas encontrados pelo PNCT refere-se a não adesão dos pacientes com TB à terapêutica oferecida, tornando-se pacientes crônicos, tanto da doença quanto do serviço. A não adesão ao tratamento é apontada como uma das graves falhas do programa para combater a doença. Como conseqüências, aumentaram os índices de incidência de mortalidade e de tuberculose multiresistente (VENDRAMINI, 2001).

Verifica-se que uma vez que uma parcela dos doentes não cumpre o tratamento corretamente ou o abandona antes do término, acarreta o aumento de número de casos, redução nas taxas de cura e o aparecimento de tuberculose multiresistente e elevada taxa de óbitos. No Brasil, o abandono do tratamento é considerado quando o doente deixou de comparecer ao serviço de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para o seu retorno (BRASIL, 1998).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) é implementado em face da permanência da doença na população, com altas taxas de abandono do tratamento, baixo percentual de cura e detecção de casos e traz como principal recomendação à adoção do tratamento supervisionado (TS), ampliação da cobertura e de uma nova forma de repasse de recursos para os municípios (através de bônus). Assim o Ministério da Saúde assume a responsabilidade da normatização, suprimento de medicamentos, referência laboratorial e de tratamento, coordenação do sistema de informações, apoio aos estados e municípios e articulação intersetorial, objetivando potencializar os resultados das políticas públicas (RUFINO-NETTO, 2002).

No estado de Minas Gerais, a taxa média de mortalidade específica por tuberculose no período 2000 – 04 foi de 1,72 / 100.000 hab., caracterizado como sendo a menor taxa média em relação ao estado do Espírito Santo com 2,08 / 100.000 hab., Rio de Janeiro com 6,3 / 100.000 hab. e São Paulo com 3,06 / 100.000 hab (MINAS GERAIS, 2007).

Tem ocorrido um aumento gradual das internações por TB nos últimos 5 anos nos hospitais conveniados com o SUS/MG, sendo maiores a de pacientes com idades entre 40-49 anos e de 30-39 anos. A taxa de detecção de casos novos de tuberculose teve um aumento muito acentuado entre os anos de 2001 a 2002. Considerando os municípios prioritários de Minas Gerais em 2005, a proporção de cura foi de 68,4%, com uma taxa de abandono de 9,6% e de 47,1% de encerramento (MINAS GERAIS, 2007).

O objetivo deste estudo foi analisar as taxas de cura, óbitos e abandono do tratamento por tuberculose no município de Passos, no período de 2002 a 2006.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com base no Sistema de Informação de

Agravos Notificáveis, versão Windows (SINANW) da Secretaria Municipal de Saúde de Passos-MG, que utiliza os registros dos casos de tuberculose inscritos no Programa de Controle da doença, referentes ao período de 2002 a 2006. Para a análise dos dados, foi utilizado o software Excel, para a construção de tabelas de frequência e gráficos.

O município de Passos está localizado na região sudoeste do estado de Minas Gerais, fundado em 14 de Maio de 1858. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2007), o município possui área de 1.338 km², 106.516 habitantes, tem em média 3,57 habitantes por domicílio, densidade demográfica de 72,68 e taxa anual de crescimento de 1,4.

O município é sede de uma Regional de Saúde, coordenando 24 municípios. No município, a saúde conta com 2 hospitais públicos: a Santa Casa de Misericórdia de Passos, com 198 leitos e o hospital psiquiátrico Otto Krakauer, com 136 leitos; e conta ainda com o hospital São José, geral e particular, com 45 leitos; o Recanto Geriátrico, particular, com 65 leitos; o Asilo São Vicente de Paula, com 130 leitos; com 12 ambulatórios que possuem vários especialistas cada um: 1 clínico geral, 1 pediatra, 1 ginecologista e 1 psicólogo, destes, um se destina a saúde mental e 1 ambulatório Escola da AIDS; 1 pronto socorro municipal e 17 equipes da ESF.

Passos possui um Setor de Vigilância epidemiológica, que conta com um Departamento de Tuberculose, o Programa de Controle de Tuberculose (PCT), este sendo de referência para o município, constituído por um médico e uma enfermeira, onde se realiza o diagnóstico de TB, possuindo o laboratório da Santa Casa de Misericórdia de Passos como referência para baciloscopia.

A Estratégia de Saúde da Família de Passos foi criada em 1997, com 5 equipes, hoje conta com 17 equipes, com cobertura de 85% da população. Cada equipe atende cerca de 1.200 famílias e estão distribuídas pelos seguintes bairros: Novo Horizonte, Aclimação, Coimbras, São Francisco, Bela Vista, Penha, Casarão, Nossa Senhora das Graças, Jardim Planalto, Centro, Jardim Polivalente, Santa Luzia, Nossa Senhora Aparecida e Carmelo. Cabe ressaltar que os bairros Coimbras, Bela Vista e Penha são atendidos por duas equipes cada. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em Passos, no período de 2002 a 2006 foram notificados 83 casos novos de TB pulmonar; apresentaram-se maiores nas idades de 20 a 29 anos; 30 a 39 anos e 40 a 49 anos.

O número de casos de abandono do tratamento de tuberculose nesse período foram 5; 2 casos em 2005 e 3 casos em 2006; conforme mostra a tabela 1.

A taxa de incidência de TB pulmonar positiva no ano de 2002 foi de 12 / 100.000 hab. e cura de 100%. Em 2003 a incidência foi de 16,81 / 100.000 hab., cura de 80% e mortalidade de 1,98 / 100.000 hab. Em 2004 a incidência foi de 15,64 / 100.000 hab., cura de 64,7% e mortalidade de 0,98 / 100.000 hab. Em 2005 a incidência foi de 14,27 / 100.000 hab., cura de 43,75% e abandono de 12,5%. Em 2006 a incidência foi de 11,26 / 100.000 hab., cura de 66,67%, mortalidade de 1,88 / 100.000 hab. e abandono de 20%.

Verifica-se com esses dados, que no município de Passos está ocorrendo uma incidência maior de TB pulmonar em adultos; o município não alcançou a meta da OMS de 85% de cura, e a partir de 2005 ocorreu uma porcentagem significativa no abandono do tratamento.

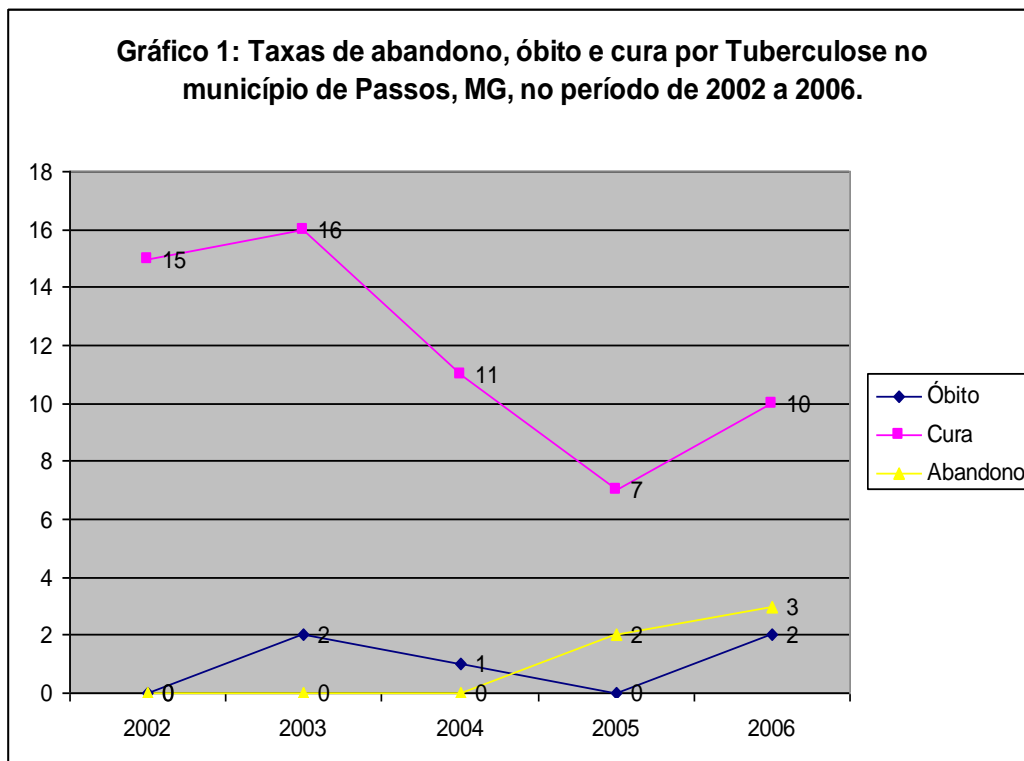
Por meio de informações obtidas através da Vigilância Epidemiológica de Passos, verificou-se que não foi realizado nenhum tratamento supervisionado neste período. Entretanto, destacamos que o município está em processo de descentralização das ações de controle da Tuberculose para as 17 Equipes de Saúde da Família (ESF) do município, o que possivelmente modificará a configuração das ações de controle prestadas no município.

T
 ABELA 1

A tuberculose no município de Passos/MG, período de 2002 a 2006

Ano:	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Nº de hab.:	99.862	101.087	102.315	105.100	106.516	
Casos notificados TB Pulmonar	15	20	17	16	15	83
Baciloscopia+	12	17	16	15	12	72
Baciloscopia -	1	3	0	1	3	8
Baciloscopia não realizada	2	0	1	0	0	3
Óbito	0	2	1	0	2	5
Cura	15	16	11	7	10	59
Abandono	0	0	0	2	3	5
Transferência	0	0	1	1	0	2
Em branco	0	2	4	6	0	12

FONTE: SINANW, 2007.



FONTE: SINANW, 2007.

Apesar de a atenção ocorrer de forma centralizada, o abandono do tratamento em um município que possui PCT nos mostra que algo está ocorrendo, nos remete a questionar sobre o que contribui para a não adesão ao tratamento.

O termo adesão ressalta a perspectiva do paciente como um ser capaz de uma decisão mais consciente e responsável por seu tratamento.

Se o paciente não adere ao tratamento é porque ele assim escolheu; não é de responsabilidade do sistema, do Programa de Controle da Tuberculose, dos médicos (VENDRAMINI, 2001).

Entretanto, a auto-regulação do tratamento não desresponsabiliza a saúde pública, pelo contrário, exige que uma política adequada de atendimento e cura seja oferecida à população em geral. Para estes autores, o significado e o manejo da medicação, na vida diária dos doentes em tuberculose, têm uma forte influência na sua adesão ao tratamento (COSTA et al., 1998).

A literatura demonstra que vários fatores influenciam a não adesão ao tratamento como: melhora dos sintomas, acreditando que não estejam mais doentes; a maneira como o indivíduo doente controla e articula o seu corpo; variáveis demográficas e sócio-econômicas como idade, sexo, raça, ocupação, estado civil, renda e educação (GONÇALVES, 1998).

A interação entre médicos e pacientes tem sido identificada como importantes, tanto para os que interrompem, como para os que não concluem o tratamento da tuberculose; pacientes que não confiam no sistema de saúde ou nos médicos e são propensos a não aderirem ao regime medicamentoso; o efeito das drogas e as reações ao tratamento; a cultura, o conhecimento e as crenças sobre o tratamento são fatores importantes, pois permitem a melhor percepção da eficácia do tratamento pelo paciente. Esta relação pode ser estudada pelo tempo que o paciente despense para ir à unidade de saúde, adaptar-se ao tratamento, fazer exames, consultar e buscar medicamento (VENDRAMINI, 2001).

Verifica-se que uma forma de fazer com que o doente confie na equipe, é trazê-lo para próximo dessa, e o tratamento supervisionado se enquadra em uma maneira de conhecer de perto as suas necessidades. A proposta de execução do TS se caracteriza por ser bastante flexível, pois deve ser adequada à realidade dos serviços, do paciente, da situação, abrindo espaço para intervenções de promoção à saúde, não só ao paciente, mas também, no âmbito familiar.

O processo decisório de inclusão ao tratamento supervisionado exige uma avaliação individual e domiciliar de cada caso; elementos essenciais para adesão ao tratamento, diminuindo assim as chances de abandono; ações realizadas na atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número crescente de casos de abandono do tratamento de TB do município em estudo evidenciaram a necessidade de adoção de medidas para que esta realidade seja minimizada, sendo o TS uma medida eficaz para que ocorra a melhora dos índices de adesão ao tratamento, proporcionando assim o controle mais adequado da TB.

Merece destaque o fato da descentralização das ações do PCT, que possivelmente levará à modificação da configuração da assistência prestada e, a uma melhora na qualidade deste, inclusive atendendo ao que é preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 7 ago. 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Organização Pan – Americana de Saúde. **Painel de indicadores do SUS**, Brasília, n. 1, p. 24–25, out. 2006.
- _____. Serviço Nacional de Pneumologia Sanitária. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. **Manual de Normas para o Programa de tuberculose**. 3. ed. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1998.
- COSTA, J. S. D. et al. Controle da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2. abr./jun. 1998. 10 p.
- DUCATI, R. G. et al. The resumption of consumption: a review on tuberculosis. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 7, p. 697-714, nov. 2006.
- GONÇALVES, H. Corpo doente: um estudo sobre a percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnológicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 105–120.
- MINAS GERAIS. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO. **Análises da situação de saúde de Minas Gerais**. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 7 ago. 2007.
- RUFFINO–NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 1, n. 35, p. 51–58, 2002.
- VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- VENDRAMINI, S. H. F. et al. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 7 ago. 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**. Geneva: WHO Report, 2005.