

Tuberculose: Prioridade em Saúde Pública

Mary Braga de Lima¹

M^a Dalva Antunes Mello²

¹ Mestra em Saúde
Pública da UNIFOR

² Doutora em
Parasitologia da UNB

RESUMO

A tuberculose continua sendo uma prioridade em saúde pública, por tratar-se de uma doença determinada pelas condições sócio-econômicas e culturais das populações, situação essa que atualmente se agrava pela associação da tuberculose com a AIDS. Diversos estudos, realizados tanto no Brasil como em outros países, mostram que três quartos das pessoas acometidas por tuberculose vivem em precárias condições e habitam os países em desenvolvimento. O tratamento dessa endemia, atualmente, é realizado com o uso de esquemas de medicamentos padronizados por meio de atendimento ambulatorial. Entretanto, o abandono ao tratamento é uma constatação que vem sendo feita em estudos de avaliação dos programas responsáveis pelo controle desta doença. Os estudos que abordaram a questão do abandono ao tratamento, apontaram como principais motivos: desaparecimento dos sintomas, reação aos medicamentos, estigmatização social e precárias condições financeiras.

ABSTRACT

Tuberculosis continues to be a priority in public health care because it is a disease that is determined by the socioeconomic and cultural conditions of the populations and this situation is becoming more serious due to the association between tuberculosis and AIDS. Some studies developed in Brazil and in other countries show that three fourth of the people with tuberculosis live in bad conditions and are in habitants of developing countries. Nowadays, the treatment of this disease is made with a schedule of standardized medicines prescribed in clinics. Nevertheless, the abandonment of the treatment is a verification that is been made in studies of evolution of the programmes planned to control the disease: the studies that dealt with the abandonment of the treatment showed that the main reasons are: disappearance of the symptoms, reaction against the medicines, social stigmatization and poor financial condition.

INTRODUÇÃO

MAHLER (1982), comentando a situação da tuberculose no mundo, por ocasião do centenário da descoberta de seu agente etiológico pelo cientista alemão Robert Koch, ressaltou a forma lenta da redução do número de casos. Lembrou que a tuberculose é consequência da combinação de fatores sócio-econômicos e biológicos, fazendo-se necessário o uso de medidas preventivas e terapêuticas, concomitantes. Destacou ainda, a importância do propósito assinado em maio de 1981, de atingir "a saúde para todos no ano 2000", e o slogan apresentado pela União Internacional de Combate à Tuberculose: *Derrotemos a tuberculose - agora e para sempre.*

Estudando sobre problemas e perspectivas da luta antituberculose, PIO (1984) lembra que, no início da década de 1960, as ações de controle e tratamento da tuberculose eram desenvolvidas através de serviços especializados, inclusive campanhas, o que as tornavam insuficientes nos países subdesenvolvidos. Entretanto, passados vinte anos da formulação de uma política integrada de programas de controle da tuberculose, tendo por base uma tecnologia simplificada, verifica-se que, nos países subdesenvolvidos, o risco de infecção vem se mantendo constante. Tal situação levou o autor a fazer os seguintes questionamentos:

- a) Significa dizer que fracassamos e não nos resta esperança?
- b) Onde estão os serviços de saúde a serem integrados?
- c) É realista a estratégia mundial de "saúde para todos" no ano 2000, no que se refere ao controle da tuberculose?

O Coordenador do Programa de Tuberculose do Ministério da Saúde (KOCHI - 1995) iniciou pronunciamento sobre o Dia Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil - 17 de novembro, afirmando que: *a tuberculose é uma das crises de saúde mais negligenciada. Apesar de seu perigo alarmante, surpreendentemente pouca ação tem sido efetivada para fazer face à epidemia de tuberculose.*

Comentou, também, KOCH que as bases políticas da OMS para o controle da tuberculose partem da compreensão global da história natural da doença, e da disponibilidade de técnicas de intervenção simples e eficazes.

Segundo dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde sobre tuberculose, na próxima década deverão ocorrer cerca de noventa milhões de casos e trinta milhões de óbitos em todo o mundo. Diante de tal situação, esse organismo internacional conclamou as autoridades governamentais a empregarem esforços, no sentido de modificar o quadro epidemiológico da tuberculose (HIJJAR, 1995).

Em declaração ao *Jornal Ciência Hoje*, em dezembro de 1995 (JCH, 1995), o ex-ministro da Saúde, Adib Jatene, informou que o Brasil ocupava o 6º lugar no mundo em relação ao número de doentes de tuberculose. Ressaltou, ainda, a pretensão do Ministério da Saúde de instalar centros para a prevenção e combate da doença em todos os municípios brasileiros, com o propósito de curar pelo menos 85% dos casos descobertos.

Em estudo realizado em Buenos Aires BELTRAN et al. (1983), detectaram que os pacientes acometidos por tuberculose caracterizavam-se por: serem, na maioria, migrantes da área rural residindo em domicílios precários e insalubres; conservarem padrões culturais que favoreciam uma visão particular da doença e da cura; terem hábitos frequentes de álcool e fumo; pertencerem em grande parte a famílias desintegradas ou mal constituídas; terem baixo nível de escolaridade e péssimas condições nutricionais.

Nos Estados Unidos BYRD et al. (1996) destacaram que a associação entre tuberculose e síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS vem sendo notificado em todo o mundo, tornando-se fator desencadeante de alterações no perfil epidemiológico da tuberculose, principalmente nos países desenvolvidos, onde os dados já apresentavam uma tendência decrescente. Relataram também que, nos Estados Unidos, o aumento da

incidência de casos por tuberculose associado à AIDS está relacionado com a pouca familiaridade dos médicos com a sutileza do diagnóstico, cuidados e tratamento.

Corroborando com os autores acima, CHRETIEN (1990), reforça o fato de que, em 1985, o número de casos de tuberculose nos Estados Unidos cresceu em decorrência da epidemia de AIDS. Chama a atenção de forma contundente quanto à necessidade de a classe médica situar no seu cotidiano, novamente, a prática da procura de casos novos.

A importância dos países incluírem, nos seus planos racionais, ações emergentes que provoquem impacto na associação tuberculose - AIDS, foi citada por MURRAY (1991). Segundo este, o aumento do número de casos de tuberculose, tanto em países industrializados como em nações em desenvolvimento, deve-se à coinfeção com a AIDS, considerando que a ação do HIV reduz a capacidade imunitária do organismo. O autor chama a atenção para a necessidade de avanços em investigações nas áreas básica, clínica, epidemiológica e operacional no sentido de colaborar no combate a esse agravo.

Um outro estudo realizado nos Estados Unidos por FRIEDEN (1993) cita que os índices de incidência e de mortalidade aumentaram assustadoramente, a partir de 1980, particularmente nas cidades de Nova Iorque e São Francisco. Tal fato evidenciou-se com o surgimento da epidemia de AIDS, tendo sido registrado em Nova Iorque um aumento de casos de tuberculose de 132%, no período de 1980 a 1990.

A situação da tuberculose nas Américas relatada no Boletim Epidemiológico (OPAS - 1992) destaca que esta endemia não tem apresentado comportamento uniforme nos diversos países. No Panamá, por exemplo, depois de uma diminuição do número de casos no período de 1978 - 84, ocorreu um aumento entre 1985 a 1988, passando a taxa de incidência de 18 a 33 por 100 mil habitantes. Na Bolívia, no período de 1982 - 92, a taxa de incidência duplicou, passando de 77 a 150. No Brasil, entre 1982

e 1991, foi registrada uma redução de 63 para 36 casos por 100 mil habitantes. No Equador, a incidência teve uma ascensão apresentando atualmente uma taxa de 52 por 100 mil habitantes. Na Venezuela, a taxa de incidência tem permanecido constante nos últimos anos, em torno de 25 por 100 mil habitantes. No tocante a associação tuberculose e AIDS informou, ainda, que o México manteve constante o número de casos notificados nos últimos anos, aproximadamente 15 mil casos, dos quais se estima que 10% estejam associados com a AIDS. Nos Estados Unidos, após uma redução do número de casos por várias décadas, há uma estimativa de 15 milhões de pessoas infectadas.

BETHLEM (1995), em artigo publicado no Boletim de Pneumologia Sanitária, questionou os fatores que estão influenciando no aumento da tuberculose em países desenvolvidos e, particularmente, naqueles em desenvolvimento. No Brasil, esse autor destacou os seguintes fatores: as péssimas condições sócio-econômicas favorecendo a precariedade de moradia e a carência de alimentação; as migrações internas para grandes cidades, o que ocasionalmente dão origem à promiscuidade e ao uso de drogas; a ignorância sobre as formas de prevenção e tratamento; o despreparo médico e o abandono de tratamento. No tocante ao abandono, o autor referiu que, quando os pacientes deixam de tomar a medicação e, após algum tempo, a retomam, os bacilos tornam-se geralmente sensíveis, podendo ocorrer multi-resistência às drogas.

Por sua vez RUFFINO-NETTO (1991) fez uma reflexão geral e crítica sobre a tuberculose no Brasil, quanto às informações biológicas da tuberculose; condições de perpetuação da transmissão; meios de controle; indicadores epidemiológicos, operativos e técnicos; magnitude do problema no Brasil; e perspectivas da luta contra a tuberculose. O autor questionou amplamente todos esses aspectos, destacando que

a compreensão da doença tuberculose somente será possível com uma visão globalizante que

abarque o meio social dentro do qual estarão interagindo e promovendo encontros efetivos entre tuberculosos e sadios. Tentar entender a tuberculose exclusivamente entre tuberculosos seria uma marcha muito cambeta, pouco promissora em termos de explicação, acrescido dos inconvenientes advindos dos modelos errados de compreensões e soluções propostas aos problemas.

No XXVI Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, HIJJAR (1992) discorreu sobre a situação da tuberculose no Brasil e o seu acometimento em pessoas com baixo poder aquisitivo e em idade produtiva. Referiu o autor que a taxa de incidência média no Brasil não é uniforme entre as diversas regiões, estados e municípios. Assim, é que os estados das regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores taxas de incidência do País, chegando a números de 64,5 e 58,8/100 mil habitantes, respectivamente.

O quadro da tuberculose apresentado no Boletim de Epidemiologia Sanitária/Ministério da Saúde (1992) identificou as faixas etárias que correm maior risco de infecção. Nos países desenvolvidos, verificou que o risco é maior nos grupos de maior idade. O mesmo não acontece nos países em desenvolvimento, onde o risco de infecção é maior no grupo etário de 15 a 49 anos de idade, ou seja, faixa etária produtiva. Informa, também, que na maioria dos países os dados de mortalidade são subestimados.

A propósito do comportamento da tuberculose AZEVEDO (1993), desenvolveu um estudo em Minas Gerais, no período de 1982 a 1991, no qual afirmou que o perfil epidemiológico da doença manteve-se bastante estável, apesar das constantes modificações no sistema de saúde. A incidência média da tuberculose em todas as formas, nesse período, foi de 54,52 por 100 mil habitantes. Em relação aos grupos etários, a incidência acentuou-se na faixa de 20 a 39 anos, ou seja, na população adulta jovem. O percentual de abandono ficou em torno de 11,3%, com reingresso de 7%.

O documento do Ministério da Saúde (1992), produzido sobre Proposta de Ensino, Serviço e Controle da Tuberculose, apontou a existência de uma relação muito estreita entre a distribuição geográfica da tuberculose e os índices sócio-econômicos dos diversos países. A desnutrição, as más condições de habitação, as altas taxas de incidência, assim como o contato frequente e prolongado das pessoas que convivem no mesmo domicílio com doentes bacilíferos, são fatores que levam ao acometimento da tuberculose em população de baixa renda.

O editorial do Boletim Epidemiológico Ministério da Saúde (1996) ressalta que

a tuberculose sempre foi um problema de saúde pública, principalmente nos países do terceiro mundo, onde se concentram 95% dos casos. A redução drástica da incidência nos países desenvolvidos e a falsa sensação de que a doença já estava dominada, levou à desativação dos programas de controle, com redução significativa de recursos. Mas em consequência do empobrecimento, em nível mundial, de grandes contingentes populacionais, do aparecimento da AIDS e da desestruturação de serviços públicos de saúde, a tuberculose ressurgiu nas duas últimas décadas, inclusive com formas resistentes aos esquemas terapêuticos habituais.

CONTROLE E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Programas de detecção e tratamento de casos foram analisados por GRZYBAWSKY (1982) no extremo norte (Groelândia, Alasca e Canadá), entre os esquimós, onde se estimava, por volta de 1950, dois casos de tuberculose positiva em cada cem esquimós e um caso em cada quatro crianças infectadas pelo bacilo. Esses programas incluíram atividades intensivas de detecção de casos, tratamento completo em sanatório por um período médio de dois anos,

vacinação com BCG e quimioprofilaxia, além da importante cooperação da população, identificada como essencial ao êxito das ações. O autor concluiu que o papel da população foi fundamental ao sucesso do programa.

Estudando o controle da tuberculose na África, NKINDA (1982) identificou que a detecção de casos e a quimioterapia constituíam a arma mais eficiente para o controle de tuberculose. Esse autor verificou que as principais razões contribuintes para a manutenção de elevado risco de infecção foram: o abandono ao tratamento, a ingestão irregular de medicamentos, os tratamentos inadequados, as deficiências no tocante a exames laboratoriais e, ainda, as migrações.

JR. SNIDER (1982) descreveu como as informações devem ser passadas pelos profissionais de saúde ao paciente, com o propósito de incentivá-lo a cumprir o tratamento. Nesse sentido, destacou a necessidade do uso de linguagem simples, para que este perceba a importância do cumprimento do tratamento e almeje a cura. O autor recomendou que as consultas devem ser aprazadas e lembradas, através de contatos telefônicos ou correio. Ressaltou, ainda, a importância de reuniões grupais para ajudar a solucionar problemas que impedem o cumprimento do tratamento.

Ao estudar as relações do compromisso ou não do paciente de tuberculose com o tratamento KILPATRICK (1987) identificou quatro elementos primários que definiram o comportamento de compromisso: o paciente, o médico, a doença e a medicação. Esses quatro elementos influenciariam à manutenção do compromisso do doente com o tratamento, à medida que estivessem presentes: a habilidade no relacionamento médico X paciente, o conhecimento real do doente sobre a doença e o tratamento, e um tipo de tratamento, o mais simples possível, que apresentasse o mínimo possível de efeitos colaterais.

Investigando sobre o problema de compromisso que o doente de tuberculose tinha com o tratamento em New Jersey, REICHMAN (1987) reconheceu que embora essa situação ocorresse em todas as nações,

com endemia patente, a solução, no entanto, deveria ser buscada de forma diferente para cada contexto. Esse autor citou vários meios que poderiam contribuir para reduzir o abandono, como seguem:

- a) o atendimento seja aprazado em consonância com o horário do cliente;
- b) serviços disponíveis em horários noturnos e fins de semana;
- c) descentralização dos serviços para facilitar o acesso;
- d) previsão de transporte quando necessário;
- e) pessoa bilíngue no quadro de pessoal;
- f) confirmação da consulta;
- g) área de lazer para as crianças;
- h) isenção de qualquer tipo de gasto;
- i) disponibilidade de serviços diagnósticos;
- j) atendimento gentil e serviço de cafezinho.

Através de um estudo retrospectivo com 195 pacientes submetidos a tratamento, em Buenos Aires no período de 1980 a 1987, IRURZUN et al. (1990) identificaram os fatores associados ao não cumprimento do tratamento. Os resultados apresentados mostraram que, um em cada dez pacientes, atribuiu os seguintes impedimentos ao tratamento: falta de remédios no ambulatório; mau atendimento; adiamento das consultas por mais de trinta dias; uso de mais de um meio de transporte para se deslocar ao ambulatório. Esses autores verificaram que os pacientes que abandonaram o tratamento correspondiam, em maioria, àqueles que se dirigiam ao serviço de saúde mais tardiamente, após o início dos sintomas. Destacaram, também, que o profissional médico foi apontado por todos os pacientes como sendo a principal fonte de informação.

HIJJAR (1992), analisando a operacionalização do programa de controle da tuberculose no Brasil, citou que, na década de oitenta, foram elaboradas coortes com 144.260 pacientes de todas as formas de tuberculose, apresentando os seguintes resultados: 78,5% curados, 14,2% de abandono, 3,8% de óbito, 1,7% de falência de tratamento, 1,7% de transferência e, 0,2% de

mudança de esquema, em decorrência de toxicidade. Concluiu o autor que os dez anos de tratamento de curta duração, oferecidos pelos serviços de saúde no Brasil, tem obtido boa efetividade. Reconheceu, todavia, que as taxas de alta por abandono, em torno de 15%, concorrem para reduzir a eficácia do programa. Destacou o fato de que cerca de 25% do abandono ocorreram no primeiro mês após o início do tratamento, e os demais após o 2º mês do tratamento.

A influência dos fatores sócio culturais no controle e tratamento da tuberculose, tem sido bastante discutida. Nesse sentido RUBEL (1992) identificou a pouca importância que tem sido dada ao conhecimento do doente de tuberculose sobre os seus problemas de saúde. Em suas conclusões e recomendações, ressaltou a necessidade de investigações acerca da influência desses fatores na decisão dos doentes de continuarem ou não a quimioterapia, bem como na identificação das barreiras à doença que provocam a não adesão ao tratamento.

No Boletim de Pneumologia Sanitária (1993), estão contidas informações quanto ao esquema atual de tratamento da tuberculose no Brasil. Esse esquema foi resultante de investigação científica sobre a terapêutica, realizada no período de 1972 a 1978. Mediante a comprovação da eficácia dos medicamentos, foi normalizado para todo o País um esquema de rotina de 6 meses de duração, com drogas usadas por via oral e de forma auto-administradas. A padronização do esquema de tratamento foi estabelecida em 1979, com o uso da rifampicina, da isoniazida e da pirazinamida. A implantação desse esquema de tratamento visou à redução das internações. Esse boletim citou ainda que esse esquema de tratamento, padronizado e em uso no Brasil, é considerado internacionalmente como aquele de menor duração e de maior potência e eficácia, e deve ser desenvolvido em regime ambulatorial no serviço de saúde, de preferência o mais próximo da residência do doente.

O Programa de Controle da Tuberculose, a partir de 1980 passou a ter um sistema único de informação,

possibilitando o conhecimento de doentes diagnosticados e tratados através de avaliações estaduais trimestrais. GERHARDT & RIBEIRO (1995) relataram os indicadores estabelecidos, definidos segundo os critérios de encerramento de casos e resultados do tratamento:

a) Resultado favorável ou cura: tratamento concluído com baciloscopia negativa ou ausência de escarro; nos casos inicialmente negativos ou extrapulmonares quando o tratamento foi concluído com resposta clínica favorável.

b) Abandono de tratamento: doente que não compareceu ao serviço de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada ao seu retorno.

c) Transferência: doente transferido para outro serviço de saúde.

d) Mudança de diagnóstico: constatado erro no diagnóstico inicial.

e) Óbito: por conhecimento da morte do doente.

Os mesmos autores comentaram ainda que, segundo a OMS, o impacto epidemiológico só poderá ser atingido quando a busca de casos for 70% e a taxa de cura for, no mínimo, de 85%. Por outro lado, o Programa de Controle da Tuberculose, para atingir estes percentuais, tem como pontos críticos a combater: o custo, a resistência bacteriana aos quimioterápicos e a não adesão ao tratamento.

O Manual de Normas para Controle de Tuberculose (1995) recomenda que, para que o controle do tratamento tenha êxito, é fundamental a adesão do doente. Isso implica que o mesmo tenha conhecimento sobre a doença, a duração do tratamento prescrito, a importância da regularidade no uso das drogas e as graves consequências advindas da interrupção ou abandono do tratamento. No que se refere aos comunicantes, deve ser solicitado o comparecimento desses à unidade de saúde para serem submetidos a exames e receberem orientações.

A situação atual da tuberculose no mundo e no Brasil, foi comentada por ROSEMBERG (1995) destacando que há no mundo um bilhão e setecentos milhões de

peças infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o que corresponde a um terço da população. Três quartos habitam os países em desenvolvimento, sendo 75% pessoas com idade inferior a cinquenta anos. Ao contrário, nos países desenvolvidos, 80% dos infectados estão acima de cinquenta anos. Outro aspecto comentado foi o risco de infecção tuberculosa anual, que nos países desenvolvidos varia de 0,1 a 1,1% e, nos demais países, o mínimo é de 0,5, chegando a 2,5%. Ao analisar a tuberculose no Brasil, mostrou a importância de ampliar e tornar eficiente a rede de saúde pública, melhorar os serviços responsáveis pelo diagnóstico bacteriológico e clínico-radiológico e manter um programa de quimioterapia de massa que possa curar todos os casos de tuberculose. Citou, também, a vacina BCG como a melhor arma para enfrentar a primo-infecção tuberculosa, ressaltando o que foi preconizado pela União Internacional Contra Tuberculose. Assim é que, segundo esse autor, o programa de vacinação com BCG só deve ser suspenso quando a taxa anual de tuberculose pulmonar bacilífera for até 5 casos por 100 mil habitantes nos últimos três anos, o risco de infecção até 0,1% e a incidência de meningite até cinco anos de idade for inferior a um por 10 milhões de habitantes. Mais recentemente, LIEFOOGHE et al. (1995) publicaram resultados de pesquisa sobre esquemas de tratamento e percepção de tuberculose. Esses autores verificaram altos índices de abandono, variando de 25% a 36%, de acordo com o esquema definido. Os resultados sobre percepção da doença apontaram para a necessidade de campanhas educativas que proporcionem subsídios ao comprometimento dos pacientes com o tratamento.

No que se refere a aceitação do tratamento por homens e mulheres HUDELSON (1996) realizou uma revisão sobre o atual conhecimento da influência de fatores sócio-econômicos e culturais, segundo o sexo no controle e tratamento da tuberculose. O autor aponta a influência desses fatores como ocorrente de várias maneiras, destacando-se:

- a) a maior ou menor exposição ao bacilo, considerando o ambiente e o tipo de trabalho desenvolvido;
- b) o medo da doença e o estigma social, que tem maior impacto na mulher do que no homem;
- c) a detecção precoce da doença e o compromisso com o tratamento, que são condutas assumidas, em maior escala, pelas mulheres do que pelos homens.

A implantação de uma nova forma de tratamento foi avaliada por DICK et al. (1996). Tratava-se do Projeto Operation Elsie's River, numa área de alta incidência de tuberculose no Cabo, Oeste da África do Sul, com dois grupos; um de adultos e outro de crianças. Esse projeto tinha como estratégia a Directly Observed Therapy (DOT), que consistia na prática da auto-administração dos comprimidos, sendo observada quanto à ingestão dos mesmos, por uma pessoa do programa, na tentativa de estimular o doente a cumprir corretamente o tratamento. Os resultados revelaram que o grupo de crianças cumpriu melhor o tratamento que o de adultos. Esse fato foi justificado pelo apoio dado ao programa, por parte das mães ou responsáveis. Ressaltaram, ainda, os autores que, mesmo com o uso do DOT, a pouca aderência ao tratamento continua sendo a maior barreira para a erradicação da tuberculose na África do Sul.

A questão do controle da tuberculose no Brasil foi comentada por TEIXEIRA (1993) o qual refere seu início na década de oitenta, de forma racionalmente programada, descentralizada e integrada à rede de serviços. Ao setor saúde foi recomendado o desenvolvimento das seguintes atividades: busca de sintomáticos respiratórios, garantia de tratamento regular dos casos diagnosticados, exame sistemático dos comunicantes de casos bacilíferos, controle do abandono de tratamento e manutenção de elevada cobertura vacinal com a BCG. O autor fez, ainda, reflexões sobre a década de noventa, afirmando ser necessário e urgente o estabelecimento de um plano de ação que contemple as atividades de controle, a existência de recursos para pesquisas operacionais, a simplificação e a efetividade

do sistema de informação, e a capacitação do pessoal dos diferentes níveis de serviço.

Em reunião para avaliação operacional do PNCT, foi mostrado que o tratamento auto-administrado, adotado na década de 80, reduziu o contato do paciente com a equipe de saúde, dificultando a adesão ao tratamento e facilitando o abandono. Nesse evento, foi também discutida a estratégia da busca dos casos de abandono feita através do correio, cujo resultado tem apresentado um reingresso de apenas 15,3% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

PROBLEMAS DO TRATAMENTO E DO ABANDONO

O estudo retrospectivo realizado em Uganda, por WATTS (1972), constatou que os pacientes abandonavam o tratamento da tuberculose, em razão das dificuldades impostas pela própria Unidade de Saúde, a exemplo da perda do cartão de matrícula e da ida à Unidade em dia não aprazado.

A questão do abandono foi estudada por BECKER (1976) no qual demonstrou que o abandono ao tratamento contribui de forma significativa para o insucesso terapêutico da tuberculose, identificando como fatores contribuintes o grau de alfabetização, o baixo rendimento salarial e o alcoolismo. Essa autora, investigando sobre as condições sócio-econômicas dos pacientes que abandonaram o tratamento, verificou que 84% eram semi-analfabetos ou analfabetos; cerca de 90% tinham ganho mensal inferior a um salário mínimo e 48,8% faziam uso constante de bebida alcoólica. Apontou, ainda, na investigação deficiência do serviço de saúde, como outro fator de interferência no êxito do tratamento.

A problemática do abandono foi identificada por ADDINGTON (1979), nos Estados Unidos, o problema do cumprimento ao tratamento, verificou que este é similar entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos. O que difere é a forma de solucionar esse problema, por causa das diferentes realidades. Citou como exemplo a diferença gritante que há entre países

desenvolvidos e subdesenvolvidos, no tocante aos sistemas de saúde.

CROSS et al. (1980) apontaram que a proporção de pessoas com tuberculose ativa, que concluem o tratamento dentro do esquema padronizado, varia de 20 - 40% nos países subdesenvolvidos a 70 - 75% nos Estados Unidos.

Em relação ao tempo de tratamento DAMASCENO (1980), verificou que no Brasil o abandono ao tratamento de tuberculose, vem ocorrendo na maior parte dos casos após o terceiro mês de tratamento, em decorrência do desaparecimento dos sintomas, fator que levava os pacientes a relegar o tratamento a um plano secundário.

Em estudo realizado na cidade de Buenos Aires BELTRAN et al. (1983) analisaram a realidade e as perspectivas de 21 pacientes com tuberculose atendidos na **Unidade de Consulta Externa da Cátedra de Tisioneumologia**. Foram registrados 93 pacientes, no entanto, só foi possível trabalhar com 21 destes. Os demais não foram localizados por se tratar de: moradores de favelas recentemente extintas; pessoas sem endereço fixo ou com endereço falso; empregadas domésticas que tinham deixado o domicílio por exigência dos patrões; pacientes cujas correspondências foram devolvidas pelo correio. Essa pesquisa revelou que o abandono ao tratamento ocorreu mediante as seguintes causas: desemprego; dificuldade no trabalho surgidas pelos pedidos de licença, frequentes; necessidade de acompanhamento semanal, para administração de drogas; tempo gasto em cada consulta; exigências de exames periódicos e de alto custo; erros de informação; e por considerar-se curado devido o desaparecimento dos sintomas.

Verificamos no estudo de HOPEWELL et al. (1984) no Peru, o propósito de mensurar a eficácia operacional do tratamento da tuberculose com duração de doze meses. O estudo feito com 2510 pacientes mostrou que 47% foram considerados curados, 41% abandonaram o tratamento, 6% tiveram falência de tratamento, 4% foram a óbito e, 2% recidivaram. Os autores levantaram a hipótese de que as altas taxas de abandono

estariam relacionadas ao inadequado sistema de saúde, aos aspectos topográficos do País, às dificuldades de acesso ao serviço, e ao nível econômico e cultural da população.

Uma outra investigação desenvolvida na Etiópia por TEKLU (1984) identificou o número de pacientes que iniciaram e não concluíram o tratamento, no Centro de Tuberculosis de Addis Abeba. Ao todo, foram 460 doentes, sendo 292 homens e 168 mulheres. As causas que se relacionaram ao fracasso do tratamento foram: carência de medicamentos, falta de transporte, intolerância a medicamentos, doenças intercorrentes, horário da consulta no mesmo horário do trabalho, mudança do endereço pelo doente, situação sócio-econômica e o passado cultural da Etiópia.

No entanto estudo realizado por FARGA (1984), no Chile, traz uma análise sobre o fracasso do tratamento da tuberculose, identificando seis causas: associação inadequada das drogas; abandono do tratamento; tratamentos irregulares; resistência bacteriana; toxicidade das drogas; situações especiais, tais como a tuberculose associada a outras doenças e alcoolismo. O autor destacou, no entanto, que foi o abandono a causa mais frequente do fracasso do tratamento, sendo o ponto de grande desafio aos serviços de saúde que fazem controle e tratamento dessa doença. Chamou atenção ainda para a necessidade de aprimorar os serviços de saúde na direção de concentrar as instituições responsáveis e reunir esforços na resolução do problema do abandono. Considerou também que o abandono representa, em maior escala, mais um fracasso operacional do que epidemiológico.

Sob um prisma mais abrangente dos fatores responsáveis pelo abandono ao tratamento CHAULET (1987) destacou como fatores determinantes a recusa total do doente, o não cumprimento durante o período estabelecido e o uso irregular e incorreto dos medicamentos. Ressaltou que este último fator poderia acontecer em decorrência de erro de prescrição médica ou ainda por decisão espontânea do doente. O autor imputou ao Programa Nacional de Controle

da Tuberculose - PNCT a responsabilidade em todos os seus níveis de atuação, pelo êxito ou fracasso do programa de controle da tuberculose.

BARAYOBRE et al. (1987) retomaram uma investigação feita sobre abandono de tratamento em Olavarría, província de Buenos Aires, no ano de 1978, e realizaram um estudo, nove anos depois, com o objetivo de compreender os fatores psicológicos que justificassem o abandono de tratamento. Traçaram um paralelo entre lepra, loucura e tuberculose, a partir de três elementos comuns: medo de contágio, marginalização e isolamento social. Os autores conduziram o estudo na linha psicanalítica, analisando a estrutura do aparato psíquico da tuberculose, o papel em si da doença e da instituição para o paciente. As conclusões levaram à formulação das seguintes questões:

- a) O agravo pulmonar poderia estar relacionado com o agravo psíquico do paciente, por este já possuir uma estrutura psicótica?
- b) Qual deveria ser o papel da instituição, e o que deveria ser oferecido aos pacientes com tuberculose que, além do agravo pulmonar teriam um agravo na sua estrutura psíquica?

Uma situação especial foi estudada por COSTA (1988), no período de 1966 a 1980, sobre o programa de controle da tuberculose em Mato Grosso do Sul. O estudo abrangeu sete grupos indígenas, identificando que a taxa de abandono foi de zero para quatro grupos, e de 4,5%, 15,0% e 20,3% para os três restantes. Estes três grupos compreendiam aqueles que tinham maior resistência cultural à dominação do branco.

Em Ghana, WERF Van Der et al (1990) realizaram um estudo com 569 pacientes, no período 1984 - 87, para avaliar a adesão à terapia de tuberculose, em serviço de área rural. Os autores identificaram que a taxa de abandono ao tratamento foi maior nos homens do que nas mulheres. Recomendaram, nesse sentido, que fossem incorporadas ao programa atividades de educação em saúde.

No Ceará OLINDA (1990) realizou estudo sobre abandono de tratamento da

tuberculose, no período de 1984 a 1987, através de dados contidos na Ficha de Notificação e Controle da Tuberculose. A autora constatou que o abandono, nesse período, ficou em torno de 7,5%. Em relação ao sexo, verificou que 39,6% dos casos de abandono eram do sexo feminino e, 60,4 correspondiam ao sexo masculino. Quanto às causas do abandono, a autora externou algumas suposições, tais como: o alcoolismo, o receio das abstenções sucessivas ao trabalho, o difícil acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada.

ORMERLOD & PRESCOTT (1991), avaliando na Escócia o nível de cumprimento do tratamento em relação à idade, verificaram que existiam diferenças entre os grupos etários, como sendo: os doentes com idade superior a 60 anos são os mais cumpridores no tratamento; e, doentes entre 15 a 29 anos os menos cumpridores. Os autores verificaram que a maior aderência ao tratamento dos indivíduos acima de sessenta anos, deve-se à percepção que estes tinham sobre a gravidade da doença.

No documento CONTROLE DA TUBERCULOSE - MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992) está focado que o sucesso do tratamento depende de fatores ligados ao doente e a qualidade do atendimento. A organização e a operacionalização do serviço requer um bom relacionamento equipe de saúde *versus* cliente, manutenção da distribuição de medicamentos ininterruptamente, compromisso dos profissionais, e atividades de educação para a saúde. A baixa qualidade nas ações de controle contribui para aumentar o abandono, o que significa manter ativas as fontes de infecção, promover a "cronificação", favorecer a resistência bacilar às drogas, além de dar oportunidade a recidivas nos que abandonaram precocemente o tratamento com baciloscopia de escarro negativa.

Na cidade de Salvador-Bahia SAMPAIO et al. (1994) desenvolveram estudo, no período de 1990 a 1992, com 104 pacientes no Hospital Octavio Mangabeira, que tiveram pelo menos uma cepa isolada e requerido teste de sensibilidade. Esse estudo objetivou determinar as causas de interrupção

do esquema terapêutico. Foram entrevistados para esse fim 34 pacientes que citaram como razões da interrupção do tratamento os seguintes motivos: sentir dor no estômago; não sentir estímulo para tomar os remédios; acreditar que estava curado; terminar a medicação antes da consulta marcada; acreditar que a droga não produz efeito; falta de dinheiro para transporte, tomar outro tipo de medicamento, falta de medicamento no posto, sentir agravamento dos sintomas, greve nos transportes públicos e gravidez. Esses autores detectaram, também, que 71% dos pacientes que abandonaram o tratamento eram alcoólatras.

O Boletim BLOCO DE DADOS (1994) registrou, em relação ao abandono de tratamento no Ceará, índices de 10,8% em 1993 e de 13,0% no ano de 1994. Estes índices demonstram que o abandono do tratamento de tuberculose continua sendo um dos motivos para o pouco sucesso que vem sendo alcançado no controle dessa endemia no Estado.

LIEFOOGHE et al. (1995) realizaram um estudo em Sialkot (Paquistão) para acompanhamento de 3950 pacientes com tuberculose, registrados no período de janeiro de 1998 a dezembro de 1990. Foram acompanhados doentes fazendo uso de esquema longo (doze meses) e de esquema curto (oito meses). Constataram esses autores que entre os doentes de uso de esquema longo, o índice de abandono era de 26% no primeiro mês e de 36% no segundo mês. Esse percentual teve redução entre os doentes que usavam o esquema curto, ou seja, o nível de abandono ficou em 25% no primeiro mês e 32% no segundo mês, após o início do tratamento.

CONCLUSÃO

Todos os pontos abordados neste estudo indicam que a situação da tuberculose continua sendo motivo de preocupação, por parte das autoridades sanitárias em diversos países do mundo. Muitas pesquisas foram realizadas com objetivo de identificar desde o perfil epidemiológico, ao desempenho dos

programas e a compreensão dos pacientes em relação à doença. Vários estudos, demonstraram que as formas de controle da tuberculose, ainda, não conseguiram causar o impacto epidemiológico, preconizado pela OMS, isto é, alcançar uma taxa de cura, de no mínimo de 85%. A problemática do abandono ao tratamento, abordada pelos autores de várias partes do mundo, apresentou causas similares tanto nos países desenvolvidos como entre os em desenvolvimento. Em síntese, as causas apontadas foram relacionadas a fatores de ordem sócio-econômica, cultural e psicológica. Outras causas, tais como, a baixa qualidade do atendimento associada a deficiência na manutenção da distribuição de medicamentos, e a compreensão equivocada que o paciente tem sobre a doença, sugerem a adoção de medidas operacionais, técnica e educativas que contribuam para reverter a situação atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDINGTON, W. W. Patient compliance: the most serious remaining problem in the control of tuberculosis in the United States. *Chest*. 76: 741-743, 1979.
- AZEVEDO, J.F.de, Comportamento da Tuberculose em Minas Gerais no período de 1982 a 1991 : Avaliação Epidemiológica e considerações sobre a política de controle. *Rev. Med. Minas Gerais*, 3:10 - 16 (1993).
- BARAYOBRE, S. et al. Tuberculosis. Abandono reiterado del tratamiento. *Rev. Argentina de Tuberculosis, enfermedades pulmonares y salud publica*, 48:23 - 31 (1987).
- BECKER, R. S. **Estudo da investigação da enfermeira nas investigações de quimioterapia da tuberculose.** Tese. Escola de Enfermagem Ana Nery. Rio de Janeiro. 1976.
- BELTRAN, O .R. et al. El abandono del tratamiento en tuberculosis realidad actual y perspectivas futuras. *Rev. Argentina de tuberculosis, enfermedades pulmonares y salud publica* , 44:11 - 21 (1983)
- BETHLEM, N. A vingança da Tuberculose: uma nova visada. *Boletim de Pneumologia Sanitária* , 3: 19 - 26 (1995).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Epidemiologia da tuberculose no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*. CENEPI p: 53 - 75 (1992).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil é o 6º país em Tuberculose. *Jornal da Ciência Hoje*, (1995).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Boletim Epidemiológico*, 9:1 - 12 (1996).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço / CNCT / NUTES**. 3 ed. - Rio de Janeiro, 1992. 155p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Manual de Normas para o controle da tuberculose/ Fundação Nacional de Saúde, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária - 4.ed.** Brasília, 1995. 50p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço / CNCT / NUTES**. Rio de Janeiro, 1992. 104p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Análise Comparativa - Programa de Controle da Tuberculose - Centro de Referência Professor Hélio Fraga/CNCT. Ceará, 1993.
- BYRD, R.B. et al. Treatment of Tuberculosis by the Nonpulmonary Physicians. *Am Int. Med* 1977: 96 .
- CHAULET, P. Compliance with anti-tuberculosis chemotherapy in developing countries. *Tubercle*. 68 . 19-24. 1987.
- CHRETIEN, J. Tuberculosis y HIV. El duo maldito. *Bol. Unión Int. Tuberc. Enf. Resp.* 65(1): 27-30, 1990.

- COSTA D. C. Tuberculose em grupos indígenas. Ver. **CEBES - Saúde em debate**. NESCO. Curitiba, 1988.
- CROSS, F. S. et al. Rifampin-Isoniazid therapy of alcoholic and non-alcoholic tuberculosis patients in a Public Health Service. **Am Rev. Respir Dis.** 122: 349-353, 1980.
- DAMASCENO, R.P. Abandono e tuberculose - fatores causais. **XX Congresso Bras. De Pneumologia e Tisiologia**. Ceará. 1980 MIMEO.
- DICK, J. et al. Tuberculosis in the community: 1. Evaluation of a volunteer health worker programme to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. **Tubercle and lung Disease**, 77: 274-279 (1996).
- FARGA, V. Causas de Fracaso en el tratamiento de la tuberculosis. **Rev. Médica de Chile**, 112:72-80 (1984).
- FRIEDEN, R.T. et al. The emergency of drug-resistant Tuberculosis in New York City, **N Engl J Med.** 328: 521-526. 1993.
- GERHARDT, G. & RIBEIRO, S.N. Eficiência do Tratamento da Tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS/FNS**. 4:95-98 (1995).
- GRZYBAWSKY, S. Impact of tuberculosis on human health in the world. **Am Rev. Respir Dis** 125: 125-126, 1982.
- HIJJAR, M. A. Epidemiologia da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.1, n.6, p. 53-87, 1992.
- HIJJAR M. A. Situação da tuberculose no mundo. **Informe Epidemiológico do SUS**. FNS. 1995.
- HOPEWELL, P.C. Et al. Operational Evaluation of treatment for Tuberculosis. **Am Rev. Respir Dis.** 129: 439-443 (1984).
- HUDELSON, P. Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors **Tubercle and lung Disease**, 77: 391-400 (1996).
- IRURZUN, R.N., HASPER, I y GARCIA, L.E. Retratamiento por tuberculosis, incumplimiento del tratamiento anterior y su relación con el mismo. **Rev. Argentina del Torax**, 51: 17-30 (1990).
- JR. SNIDER, D. E. Reseña sobre el cumplimiento de las prescripciones en los programas de control de la Tuberculosis. **Boletín de la Union Internacional contra la Tuberculosis**, 57: 255-260 (1982).
- KILPATRICK, G. S. Compliance in Relation to Tuberculosis. **Tubercle**, 68: 31-32 1987.
- KOCHI, A. Diez años de colaboración de la UICTER con los programas contra la tuberculosis en los países en desarrollo. Evaluación actual de la OMS **Boletín de la Union Internacional contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias**. 66: 45-46 (1995).
- LIEFOOGHE, R. Et al. Perception and Social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. **Soc. Sei. Med.**, 41: 1685-1695, 1995.
- MAHLER, H. Derroteros a TB agora e para sempre. **Saúde Mundial**. Ginebra, p.3, jan.1982.
- MURRAY, C.J.L. Investigación económica, social y operacional sobre la tuberculosis: estudios recientes y algunas cuestiones prioritarias. **Bol. Union. Int Tuberc. Y Enf. Resp.** 66:229-231, 1991.
- NKINDA, S.J. Controlando a TB na África. **S Saúde do Mundo**. Ginebra, p. 22-23, 1982.
- OLINDA, Q. B. **Abandono ao tratamento de tuberculose no Ceará: 1984-1988**, Monografia - Curso de Especialização em Epidemiologia, UECE. MIMEO, 39P, 1990.
- ORMEROD, L. P. & PRESCOTT, R.J. Inter-relations between relapses, drug regimens and compliance with treatment in tuberculosis. **Respiratory Medicine**, 85: 239-242, 1991.
- OPAS. Organización Panamericana de la Salud. La situación de salud en las Américas - 1992 **Boletín Epidemiológico**. 14: 1-16, 1992.
- PIO, A. & LEOWSKY, J. La lucha contra la tuberculosis es posible en el mundo entero. **Koch** 100, 5: 1-3, 1984.

- REICHMAN, L. B. Compliance in developed nations. **Tubercle**, 68: 25-29, 1987.
- ROSEMBERG, J. Tuberculose atual no mundo e no Brasil **Boletim da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia**, 4: 1-5, 1995.
- ROUQUAYROL, Maria Zelia. Et all. **Epidemiologia das doenças infecciosas em Fortaleza 1991 - 1995**. Fortaleza, 1996. 176p.
- RUBEL A. J. & GARRO L. A. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. **Publ. Hlth Rep.** 107, 626, 1992.
- RUFFINO, M.C. & RUFFINO-NETTO, A. Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. **Rev. Saúde Pública**, 13: 183-194, 1978.
- RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose. **Rev. de Medicina de Ribeirão Preto**, 24: 225-240, 1991.
- SAMPAIO et al. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Razões do paciente para abandono no tratamento da tuberculose. **Boletim Epidemiológico**. Bahia, 10:3 (1994).
- TEIXEIRA, G. M. Editorial. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. FNS/CENEPI/CNPS/CRPHF, Rio de Janeiro, p.90, 1993.
- TEKLU, B. Reasons for failure in treatment of pulmonary tuberculosis in Ethiopians. **Tubercle**, 65: 17-21, 1984.
- WATTS, T. E. The regularity of attendance of male tuberculosis patients. **Tubercle**. 53: 174-181, 1972.
- WERF, Van Der T. S, DADE. G. K. & MARK Van Der. T.W. Patient compliance with tuberculosis treatment in Ghana: factors influencing adherence to therapy. **Tubercle**, 71: 247-252, 1990.