Brazilian Journal of Development

Interrupção do tratamento da tuberculose pulmonar: Riscos para o indivíduo e para a saúde pública

Interruption of the treatment of pulmonary tuberculosis: Risks for the individual and for public health

DOI:10.34117/bjdv6n9-463

Recebimento dos originais: 20/08/2020
Aceitação para publicação: 21/09/2020

Francisca Souza Santos Dias
Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina e doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Docente do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais.
Instituição: Instituto Federal do Norte de Minas Gerais
Endereço: Rua Reduzina Ribeiro, nº 320, São Jorge. Francisco Sá - MG
E-mail: francisca_souzasantos@yahoo.com.br

Clara Cynthia Melo e Lima
Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina e doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Docente do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais.
Instituição: Instituto Federal do Norte de Minas Gerais
Endereço: Rua Pastor Raimundo Fernandes, Nº 361, Santa Rita I, Montes Claros – MG.
E-mail: cynthia.lima@ifnmg.edu.br

RESUMO
O estudo teve por objetivo analisar os saberes e práticas dos contatos dos portadores de tuberculose e dos profissionais de saúde em relação aos riscos à saúde pública decorrentes da interrupção do tratamento da tuberculose pulmonar. Trata-se de um estudo qualitativo, transversal descritivo, conduzido com seis profissionais da saúde e oito contatos de portadores de tuberculose, realizado no município de Araçuaí – MG. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados com base na análise dos saberes e práticas dos participantes da pesquisa, identificando-se as unidades de registro. Por meio das entrevistas, observou-se que alguns pacientes apresentam dificuldades em aderir ao tratamento, tendo em vista que o mesmo é longo e apresenta eventos adversos. Sendo a tuberculose uma doença transmissível por via aérea, a descontinuidade do tratamento, pode apresentar riscos tanto para o indivíduo quanto para a população. Enquanto os contatos intradomiciliares não revelam receio em conviver com o portador de tuberculose, entre os profissionais e a vizinhança, o temor de contágio é constante, exigindo condutas diante desses casos.

Palavras-chave: Risco, Tuberculose Pulmonar, Saúde Pública.

ABSTRACT
The study aimed to analyze the knowledge and practices of contacts of tuberculosis patients and health professionals in relation to the risks to public health resulting from the interruption of treatment of pulmonary tuberculosis. This is a qualitative, cross-sectional, descriptive study, conducted with six health professionals and eight contacts of tuberculosis patients, carried out in the municipality of Araçuaí - MG. For data collection, semi-structured interviews were used. The data were analyzed based on the analysis of the knowledge and practices of the research participants, identifying the

registration units. Through the interviews, it was observed that some patients have difficulties in adhering to the treatment, considering that it is long and has adverse events. As tuberculosis is an airborne disease, the discontinuation of treatment can present risks for both the individual and the population. While household contacts do not reveal any fear of living with the tuberculosis sufferer, between professionals and the neighborhood, the fear of contagion is constant, requiring conduct in these cases.

Keywords: Risk, Pulmonary Tuberculosis, Public health.

1 INTRODUÇÃO

Com o descobrimento dos antibióticos e sulfas, acreditava-se que a humanidade conseguiria combater diversos micro-organismos e que as doenças infecciosas seriam controladas e minimizadas. Assim, foi fundamentada a teoria da transição epidemiológica em que as doenças infecciosas deixariam de serem as principais causas de mortalidade, cedendo o lugar para as doenças crônico-degenerativas (Grisotti, 2010).

A teoria da transição epidemiológica permaneceu como a teoria hegemônica para a explicação das grandes tendências nos processos de adoecimento e morte das populações até meados dos anos noventa. Mas, com a emergência da AIDS foi verificado que o pretenso movimento de eliminação das doenças infecciosas apontado por essa teoria nem sempre se constatava e que, os mesmos fatores relacionados ao avanço, ao desenvolvimento socioeconômico e a modernidade, que seriam os determinantes da transição epidemiológica, também poderiam determinar processos na direção inversa, propiciando o surgimento e ressurgimento das doenças infecciosas (Luna, 2002).

Desta maneira, a partir dos anos 1990 as doenças transmissíveis voltaram a ser priorizadas devido à revisão de conceitos e de atitudes, impondo fatores de complexidade aos modelos sanitários tidos como ajustados aos padrões tradicionais do desenvolvimento. Com isso, os países passaram a refletir e a tratar com maior ênfase, as questões relativas ao surgimento e ressurgimento de doenças, assim como a problemática associada ao aumento da resistência de agentes patógenos aos antimicrobianos (Navarro et al., 2002).

Neste contexto, destaca-se a tuberculose, considerada doença reemergente, que apresentou declínio nos anos 1980 quando foi introduzido o esquema de curta duração, entretanto nos anos 1990 ocorreu uma redução na velocidade de queda provavelmente influenciada pela epidemia de AIDS (Hijjar; Procópio, 2006).

Além da associação da tuberculose com o HIV, a desestruturação dos serviços de saúde; o aparecimento de cepas multirresistentes, fato em parte relacionado ao uso inadequado dos esquemas terapêuticos; a ampliação dos processos migratórios, levando indivíduos originários de países de

Brazilian Journal of Development

elevada prevalência a se dirigirem a outros países; vem contribuindo para a reemergência da tuberculose (Nascimento, 2005).

A tuberculose é um importante problema de saúde pública no mundo, ultrapassando a área da saúde. Tendo em vista minimizar as consequências negativas da doença, sistemas públicos e privados de saúde buscam implementar estratégias de prevenção e tratamento da tuberculose, de modo a garantir melhor qualidade de vida ao paciente e menos custos para a saúde (Argentini et al., 2019).

Para a melhoria das condições relacionadas ao tratamento da tuberculose, a medicação é gratuita para o paciente, de uso diário e deve ser administrada de preferência em uma única tomada. Todavia mesmo com disponibilização gratuita da medicação, um dos problemas importantes da tuberculose são as altas porcentagens de interrupção do tratamento pelo paciente, encontrando-se no Brasil, taxas acima das consideradas aceitáveis pela OMS, ou seja, inferior a 5,0%. Em 2010, essa taxa média de abandono no país situou- se em 9,8%, mas há diferenças regionais (Brasil, 2012).

A irregularidade do tratamento leva à resistência medicamentosa e à recidiva da doença, impondo dificuldades ao processo de cura e aumentando o tempo e o custo do tratamento, com o retorno dos sinais e sintomas, situação em que o paciente pode ficar muito debilitado (Mendes e Fensterseifer, 2004).

O portador de tuberculose que não prossegue com o tratamento permanece doente, podendo transmitir a doença aos seus contatos, representando um risco para sua saúde e para as pessoas que convivem com o mesmo. Evidenciando a importância da terapia para a diminuição da mortalidade e maior sobrevida destes pacientes (Júnior et al., 2020).

Nesse sentido, justifica-se a realização deste estudo tendo em vista que quando o indivíduo recusa o tratamento de uma doença infecciosa, essa decisão acarreta riscos tanto para o nível individual quanto coletivo. Considerando que, ao associar o controle da doença à capacidade do indivíduo doente para autogerenciar as medidas terapêuticas prescritas, amplia-se a importância do comportamento pessoal na redução ou eliminação dos riscos envolvidos (Rosseto, 2013).

O presente estudo tem por objetivo analisar os saberes e práticas dos contatos dos portadores de tuberculose e dos profissionais de saúde em relação aos riscos à saúde pública decorrentes da interrupção do tratamento da tuberculose pulmonar.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada no município de Araçuaí-MG. Os participantes desta investigação foram seis profissionais que atuam na vigilância epidemiológica do município e na Estratégia Saúde da Família e oito contatos de pessoas que tiveram tuberculose no ano de 2013.

Brazilian Journal of Development

Essa investigação foi encaminhada ao Comitê de Ética e aprovada sob o número do parecer: 842.608 e o consentimento dos participantes foi formalizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Para manter o anonimato dos participantes no registro dos resultados da pesquisa, os contatos das pessoas com tuberculose foram identificados no texto pela letra C seguida de um número sequencial de realização da entrevista (C1 a C8); e os profissionais de saúde foram identificados no texto segundo a profissão, sendo os enfermeiros identificados em EN01 e EN02, os técnicos em enfermagem por TE01 e TE02 e os agentes comunitários de saúde por ACS01 e ACS02.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2014, sendo o instrumento utilizado a entrevista semi-estruturada. O material coletado foi interpretado com base na análise dos saberes e práticas dos participantes da pesquisa, identificando-se as unidades de registro, fez-se a classificação que consistiu em compreender essas informações para relacionar as que tinham características comuns e agrupá-las de acordo com as questões presentes na informação.

3 RESULTADOS

A noção de risco tem sido central no campo da tuberculose, posição que emerge da tradicional implicação da saúde no comportamento individual. Neste sentido, a concepção de risco assume pelo menos três dimensões: os riscos da tuberculose para a pessoa doente, os riscos da tuberculose para a pessoa doente que abandona o tratamento e os riscos da tuberculose que o doente representa para os indivíduos saudáveis.

O termo “abandono de tratamento”, segundo as normas técnicas, é compreendido como sendo a situação em que a pessoa com tuberculose, após ter iniciado o tratamento para essa doença deixa de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias conta a partir da última ingestão da droga (Minas Gerais, 2006).

A interrupção do tratamento centra-se no fato de que, o portador de tuberculose que não adere à terapêutica, continua doente, e permanece como fonte de contágio (Mendes e Fensterseifer, 2004). Além disso, o abandono de tratamento de doença transmissível indica que a população está sob risco e pode representar ameaças à saúde. Nesse sentido, a interrupção do tratamento tem sido frequentemente descrito como importante fator que favorece o aparecimento de bacilos multirresistentes, e maior obstáculo para o controle e eliminação da doença no campo da saúde pública (Rocha e Adorno, 2012). Conforme verificado na fala do profissional de saúde.

Brazilian Journal of Development

"O que acontece, quando a pessoa abandona o tratamento é muito risco para a população, entendeu? Porque pode está assim passando para outra pessoa, está espalhando." TE01

Considerando todas essas implicações para a população em relação à recusa do tratamento, estratégias diferenciadas são adotadas, visto que os pacientes colocam em risco a saúde dos seus contatos e da sociedade pela transmissão desses bacilos, que poderão causar uma doença que pode ser incurável, até que novos medicamentos sejam disponibilizados (Brasil, 2011).

Evitar a seleção de resistência é primordial no tratamento da tuberculose em razão da complexidade da doença e da dificuldade no manejo do paciente com tratamentos longos e de eficácia menor do que os esquemas convencionais, do alto custo dos fármacos e do acompanhamento do tratamento e, principalmente, o sofrimento humano decorrente da gravidade das sequelas dessa forma de tuberculose (Dalcolmo et al., 2007).

Alguns estudos evidenciam a tendência nas abordagens terapêuticas em tuberculose indicando que a maior carga de responsabilidade pela adesão e não adesão ao tratamento é efetivamente conferida ao usuário. Desse modo, a adesão ao tratamento da tuberculose torna-se um empreendimento individual, executado por pessoas conscientes do risco, enquanto que o abandono da terapêutica é considerado um ato de irresponsabilidade da pessoa doente. Com isso fatores, grupos, comportamentos ou situações de risco são listados em discursos com a finalidade de prevenir ou controlar a doença, deixando sob a responsabilidade do indivíduo a adequada adoção de comportamentos protetores a sua saúde (Rosseto, 2013).

No entanto, esse modo de tratar as questões de saúde tem sido alvo de críticas. Essas críticas apoiam-se na generalização de previsões epidemiológicas baseadas em processos quantitativos, com grande precisão, mas que se distanciam, todavia, de outros aspectos fundamentais para pensar saúde, que como afirma Ayres (2002, p.15) são "a subjetividade, a significação, a interação e a dinamicidade".

Desta forma, a epidemiologia enquanto campo de conhecimentos necessários para o âmbito de análises e intervenções sanitárias, também se articula às contínuas mudanças na sociedade. No entanto está longe de ser suficiente, diante da complexa dinâmica entre a situação de saúde das pessoas e populações e as aceleradas mudanças socioculturais e subjetivas (Castiel et al., 2010).

Os aspectos subjetivos são essenciais para a compreensão do processo de saúde, pois possibilitam o entendimento das distintas respostas individuais frente aos riscos aos quais os indivíduos estão expostos. Não somente as mensurações numéricas de forma isolada devem ser questionadas, mas também como as pessoas, de acordo com seu contexto social e cultural, poderão perceber os riscos para o desenvolvimento de uma doença (DATASUS, 2014).

Para os doentes, seguir o tratamento conforme orientado pelo profissional é quase sempre uma tarefa difícil. Os doentes expressam dificuldades como desconforto digestivo, náuseas, vômitos, fazendo com que estes abandonem o tratamento.

"Eu tomei quatrocentos comprimidos. Mas me pegou fazendo mal, tinha hora que eu não enxergava nada, uma náusea. Aí no dia que eu vomitei preto, se o menino não tivesse, eu tinha morrido. Aí agora eu cismei que eu não tomava mais os remédios." C6

A doença desperta uma série de sentimentos durante o período que vai do diagnóstico, passando pelo tratamento até a cura. Normalmente são sentimentos diretamente relacionados às repercussões da enfermidade sobre as relações do indivíduo. Não referindo, apenas à vivência da doença, como um processo individual, mas do fato de que a enfermidade pode vir a determinar diversas rupturas (Vendramini et al., 2002).

O portador de tuberculose ao ter a liberdade individual de escolher em seguir ou não o tratamento corretamente e opta por não ingerir os medicamentos prescritos, indispensáveis para seu tratamento, compromete a sua saúde, bem como, a de terceiros. Os profissionais ressaltaram a importância de seguir o tratamento corretamente.

"O indivíduo que se propõe a tratar da tuberculose, ele primeiramente faz uma situação de relevância consigo mesmo e pensando ser uma doença de notificação compulsória, hoje a gente pretende que o paciente encare a situação como sendo dele, da família e da sociedade." EN02

Partindo do questionamento, para quem a tuberculose pode representar um risco, as entrevistas revelaram que para os contatos intradomiciliares, a tuberculose é uma doença que tem cura e não se sentiram ameaçados ao conviver com a pessoa com tuberculose.

"Não, até que eu não tinha medo de pegar." C4
"Eu não tenho medo não. Quem manda no mundo é Deus." C6

Além disso, a análise dos depoimentos evidenciou que a tuberculose permanece impregnada de estigmatização, o que pode ser visto pela própria forma como os participantes do estudo se remetem a doença: "doença ruim", ou pelo afastamento de amigos ou devido às atitudes de vizinhos, entre outros. O sofrimento não se limita ao processo clínico, mas também pela vivência do preconceito e rejeição.

Brazilian Journal of Development

Assim, os contatos que adquiriram tuberculose revelaram que mantêm o sigilo em relação a um diagnóstico positivo para tuberculose, assumindo deliberadamente a ocultação da condição de portador da doença, pelo temor de serem rejeitados.

Visando evitar a estigmatização do doente na comunidade, os profissionais relataram que mantêm o sigilo diante do diagnóstico de tuberculose. Somente em casos em que o paciente abandona o tratamento, as pessoas expostas ao risco são informadas sobre o caso.

4 DISCUSSÃO

O risco é um termo recente e essencialmente moderno, refletindo a reorientação das relações das pessoas com eventos futuros. A incorporação da noção de risco foi fruto de transformações sociais e tecnológicas. Antes implicando em fatalidade, agora o risco é ressignificado em controle possível (Luiz e Cohn, 2006).

Na área da saúde, alguns estudos sobre risco concentram o enfoque na epidemiologia, que permite a quantificação da magnitude da relação exposição-doença nos seres humanos e, por conseguinte, a possibilidade de se alterar o risco por meio da intervenção. O conceito de risco é, portanto, usado em epidemiologia como uma forma de compreender e medir a probabilidade de ocorrência de agravos à saúde (Castiel et al., 2010). O cálculo de risco está intrinsecamente relacionado à adequação e valorização da segurança (Luiz e Cohn, 2006).

Em circunstâncias que o paciente não prossegue com o tratamento, há um conflito entre o direito individual à liberdade da pessoa em recusar um tratamento, tendo em vista as dificuldades do paciente em aderir a um tratamento longo e com eventos adversos, e o direito coletivo à saúde pela população que reconhece que está exposta a riscos.

Com a Constituição de 1988 a saúde passa a ser um direito fundamental, com a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la e ampliá-la a todos os cidadãos. Na saúde pública, prestação positiva do Estado, representa o instrumento técnico-político que irá intervir no processo saúde-doença, mediante o tratamento e a reabilitação do indivíduo doente, ou evitando seus riscos e danos por intermédio da prevenção e promoção da saúde (Matumoto; Mishima; Pinto, 2001).

O Estado, mais do que aplicador das leis, é produtor de congregação dos sujeitos sob sua jurisdição, não vislumbrando singularidades, mas os direitos que passam a envolvê-lo. A própria sociedade participa na indicação de práticas de governo para áreas que necessitem de vigilâncias da norma. A norma atua nos sujeitos de maneira fluida, capilar e fina. São pequenas produções cotidianas que vão sendo confirmadas pela família, pela escola e pelo trabalho, e operadas a partir de dispositivos normalizadores ou de um conjunto de forças diversificadas e finas (Lopes, 2012).

Brazilian Journal of Development

5 CONCLUSÃO

Enquanto a recusa do tratamento para doenças não infecciosas implica em riscos apenas individuais, a recusa do tratamento da tuberculose traz consequências mais amplas, considerando que a tuberculose pulmonar é uma doença transmissível por via aérea e a pessoa quando não adere ao tratamento pode transmiti-la a seus contatos, colocando em risco a saúde do outro.

Além disso, a decisão de não prosseguir com o tratamento acarreta resistência medicamentosa e recidiva da doença, aumentando o tempo e o custo do tratamento. Tendo em vista as implicações decorrentes da recusa do tratamento, destaca-se o papel do Estado, em garantir que o indivíduo ou a coletividade fiquem o menos possível expostos ao perigo.

Nesta pesquisa foi evidenciado que os contatos intradomiciliares, não se sentiram ameaçados ao conviver com a pessoa com tuberculose, por considerarem que é uma doença que possui tratamento e cura. No entanto, entre os profissionais e a vizinhança o risco de transmissão é percebido e o temor de contágio é constante, exigindo condutas dos profissionais diante desses casos.

REFERÊNCIAS

ARGENTINI, G. ZUBER, J.F., MARTINS, J.C, ZANESCO, C. FADEL, C.B. A interdisciplinaridade no tratamento da tuberculose: ferramentas, desafios e perspectivas. **Braz. J. of Develop.,** Curitiba, v. 5, n. 12, p. 33009-33024. 2019.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.** São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa nacional de controle da tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

CASTIEL, L.D; GUILAM, M.C.R; FERREIRA, M.S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

DALCOLMO, M.P, ANDRADE, M.K.N, PICON, P.D. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de Controle. **Revista de Saúde Pública**. 2007;41(Supl. 1):34-42.

DATASUS. Ministério da Saúde. [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus. **Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade.**

GRISOTTI, M. Doenças infecciosas emergentes e a emergência das doenças: uma revisão conceitual e novas questões. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

HIJJAR, M.A; PROCÓPIO, M.J. Tuberculose – Epidemiologia e Controle no Brasil. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto.** Ano 5, 2006.

JUNIOR, A.C.V.,GUEDES, D.R.S., SOUZA, M.S., MACEDO, C.A., MEDEIROS, R.O, ALVES, H.B., NETO, H.D., SILVA, D. F. Avaliação do perfil epidemiológico da tuberculose e a sua coinfecção TB-HIV nos estados da Paraíba e Rio Grande do Norte. **Braz. J. of Develop.,** Curitiba, v. 6, n. 1, p. 441-456. 2020.

LOPES, A.M.P. **Saúde no processo de democratização brasileiro: promoção da saúde, biopolíticas e práticas de si na constituição de sujeitos da saúde.** Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 2012.

LUIZ, O.C; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2339-2348, nov, 2006.

LUNA, E.J.A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**. Vol. 5, Nº 3, 2002.

MATUMOTO, S; MISHIMA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 17(1):233-241, jan-fev, 2001.

MENDES, A.M; FENSTERSEIFER, L.M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Bol Pneum Sanitária.** 2004 Abr; 12(1):7-38.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose**. Belo Horizonte, 2006. 144 p.

NASCIMENTO, D.R. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NAVARRO, M.B.M.A. *et al.* Doenças emergentes e reemergentes, saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C; MIRANDA, A C. (orgs). **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ROCHA, D.S; ADORNO, R.C.F. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.1, p.232-245, 2012.

ROSSETO, M. **Reconhecendo-se como sujeito de riscos: a consciência dos possíveis danos da tuberculose.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2013.

VENDRAMINI, S.H.F; VILLA, T.C.S, PALHA, P.F; MONROE, A.A. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de ribeirão preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária** - Vol. 10, Nº 1 - jan/jun – 2002.