REVISTA ELETRÔNICA
ACERVO ENFERMAGEM
ISSN 2674-7189



Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose em um município do sul da Bahia

Factors associated with treatment abandonment of tuberculosis in a municipality in southern Bahia

Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en un municipio del sur de Bahia

Jessyca Farias Nascimento de Oliveira[1], Vitória Solange Coelho Ferreira[1], Paulla Mascarenhas do Vale de Souza Matos[1], Soraya Dantas Santiago dos Anjos[1], Ítala Paris de Souza[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar, a partir da perspectiva dos usuários, os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose no município de Itabuna-BA. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, realizada com 11 usuários que abandonaram o tratamento entre 2011 e 2015, selecionados de um universo de 83 pacientes. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas e a análise seguiu os princípios da Análise de Conteúdo. **Resultados:** Evidenciaram que o abandono é multicausal, envolvendo aspectos emocionais, familiares, efeitos colaterais do tratamento, uso de substâncias psicoativas, fatores socioeconômicos e deficiências nos serviços de saúde. A ocorrência de efeitos adversos e a percepção de melhora, associadas à vulnerabilidade socioeconômica, favorecem a descontinuidade do cuidado em função de demandas de subsistência. **Conclusão:** Os achados indicam que o abandono do tratamento da tuberculose está relacionado à interação entre fatores clínicos, psicossociais, socioeconômicos e organizacionais dos serviços de saúde. Nesse contexto, impõe-se a necessidade de estratégias integrais e intersetoriais, que articulem assistência clínica, suporte psicossocial e proteção social, ancoradas na escuta qualificada e no fortalecimento do vínculo com o usuário.

Palavras-chave: Tuberculose, Abandono do tratamento, Adesão à medicação, Pacientes desistentes do tratamento.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with tuberculosis (TB) treatment abandonment in the municipality of Itabuna, Bahia, Brazil. **Methods:** This is a qualitative, descriptive-exploratory study conducted with 11 users who abandoned treatment between 2011 and 2015, selected from a total of 83 patients. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed based on Content Analysis principles. **Results:** Findings showed that treatment abandonment is multicausal, involving emotional and family-related aspects, treatment side effects, use of psychoactive substances, socioeconomic factors, and shortcomings in health services. The occurrence of adverse effects and the perception of improvement, combined with socioeconomic vulnerability, contribute to discontinuity of care due to subsistence demands. **Conclusion:** Treatment abandonment results from the interaction between clinical aspects and social

[1] Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus – BA.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

conditions. In this context, there is a need for comprehensive and intersectoral strategies that integrate clinical care, psychosocial support, and social protection, grounded in qualified listening and the strengthening of the bond with users.

Keywords: Tuberculosis, Treatment refusal, Medication adherence, Patient dropouts.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis (TB) en el municipio de Itabuna, Bahia, Brasil. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa, de carácter descriptivo-exploratorio, realizada con 11 usuarios que abandonaron el tratamiento entre 2011 y 2015, seleccionados de un universo de 83 pacientes. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas y el análisis siguió los principios del Análisis de Contenido. **Resultados:** Se evidenció que el abandono es multicausal, involucrando aspectos emocionales y familiares, efectos secundarios del tratamiento, uso de sustancias psicoactivas, factores socioeconómicos y deficiencias en los servicios de salud. La ocurrencia de efectos adversos y la percepción de mejoría, asociadas a la vulnerabilidad socioeconómica, favorecen la discontinuidad del cuidado en función de demandas de subsistencia. **Conclusion:** El abandono del tratamiento resulta de la interacción entre aspectos clínicos y condiciones sociales. En este contexto, se hace necesaria la implementación de estrategias integrales e intersectoriales que articulen la atención clínica, el apoyo psicosocial y la protección social, basadas en la escucha cualificada y el fortalecimiento del vínculo con el usuario.

Palabras clave: Tuberculosis, Negativa al tratamiento, Adherencia a la medicación, Pacientes que abandonaron el tratamiento.

INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia uma transição demográfica e epidemiológica marcada pela queda da fecundidade, envelhecimento populacional e maior expectativa de vida, resultando no aumento das doenças crônicas (TEIXEIRA SC, et al., 2024). Essa realidade se expressa na tripla carga de doenças - infecciosas e carenciais, crônicas e causas externas -, intensificada por desigualdades sociais e pelos desafios de reorganização do sistema de saúde (SOARES FILHO AM, et al., 2022).

O Ministério da Saúde, por meio do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose (2021-2025), redefiniu as metas do PNCT, estabelecendo a redução da incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e da mortalidade para menos de 1 por 100 mil até 2035. Além disso, a Portaria GM/MS nº 6.878/2025 prevê como indicador a proporção de 70% de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar, reforçando a prioridade na detecção precoce e no cuidado integral (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2025).

Após a Assembleia Mundial de Saúde de 2014, a OMS lançou a Estratégia pelo Fim da Tuberculose em 2015, com a visão de um mundo sem mortes, novos casos ou sofrimento pela doença. O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose (2017), alinhado a essa estratégia, estabelece metas até 2035: reduzir a incidência em 90% (menos de 10 casos/100 mil habitantes) e a mortalidade em 95% (menos de 1 óbito/100 mil habitantes) em relação a 2015 (BRASIL, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é a segunda nação do mundo em mortes pela doença, com cerca de cinco mil óbitos por ano, e está entre os 30 países de alta carga para Tuberculose (TB) e coinfecção TB-HIV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2023).

A tuberculose é uma doença com forte determinação social, sendo influenciada por fatores como pobreza, insegurança alimentar, déficit habitacional e barreiras no acesso aos serviços de saúde, os quais elevam o risco de adoecimento e comprometem a adesão ao tratamento. No Brasil, 44% dos indivíduos com tuberculose relataram redução da renda após o diagnóstico e 63% experienciaram insegurança alimentar durante o tratamento (SOUZA B, 2023).

Estudos internacionais corroboram esses achados, como por exemplo na Moldávia, em que 23% das famílias enfrentaram custos catastróficos, com despesas indiretas representando até 70% da renda dos pacientes com tuberculose multirresistente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023); e no Vietnã, cuja perdas de renda e custos não médicos, como alimentação e transporte, foram os principais responsáveis por custos elevados entre esses pacientes (PHAM TA, et al., 2023). Além disso, uma revisão de estudos observou que indivíduos em áreas de baixo status socioeconômico apresentam maior risco de abandono do tratamento da tuberculose (NIDOI J, et al., 2021).

O abandono do tratamento da tuberculose continua sendo um desafio para a saúde pública, definido pelo Ministério da Saúde como ausência do paciente por mais de 30 dias após a data prevista de retorno ou, no Tratamento Diretamente Observado, 30 dias após a última medicação registrada (BRASIL, 2019). Essas vulnerabilidades socioeconômicas evidenciam a necessidade de investigar para além dos determinantes clínicos da tuberculose, mas também os fatores sociais que influenciam o abandono do tratamento. Especialmente porque as pesquisas ainda se concentram em registros de prontuários (ORJUELA-CAÑÓN AD, et al., 2025), oferecendo uma visão parcial sobre as experiências dos usuários e as barreiras individuais, sociais e estruturais à adesão ao tratamento.

Diante disso e alinhado à meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e ao Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, este estudo objetiva analisar, a partir da perspectiva dos usuários, os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose no município de Itabuna-BA.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo-exploratório, que se justifica por produzir informações detalhadas sobre o objeto de investigação e para ampliar a compreensão do pesquisador acerca dos fenômenos vivenciados pelos participantes. Tem como substrato a abordagem qualitativa, centrada na compreensão das experiências e percepções dos participantes (MINAYO MCS, 2014).

A investigação foi realizada em um município no sul da Bahia, que possui uma extensão territorial de 401,028 km² e população estimada em 213.223 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Em 2022, a população era de 186.708 habitantes e a densidade demográfica era de 465,57 habitantes por km^2, com população estimada em 2024 de 196.676 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2025). Situa-se na Mesorregião geográfica Sul Baiano, na Macrorregião de Saúde Sul, Região de Saúde Itabuna, sede da Base Regional, abrangendo 22 municípios, e integra o Núcleo Regional de Saúde- NRS Sul (BAHIA, 2020).

O estudo foi conduzido em 2020 no Programa de Controle da Tuberculose da unidade de referência, envolvendo usuários que haviam abandonado o tratamento entre 2011 e 2015. Nesse período, foram registrados 83 casos de abandono (BRASIL, 2020), reduzidos para 22 em 2024 (BRASIL, 2024). Foram incluídas pessoas adoecidas residentes em área urbana e excluídos aqueles do meio rural, de outros municípios, menores de 18 anos, com TB extrapulmonar, institucionalizados ou em situação de rua.

Após a aplicação dos critérios, identificaram-se 36 pacientes elegíveis para a entrevista. Foram coletados dados de contato nos prontuários e realizados contatos com os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde (ACS) para localizar os participantes. Alguns pacientes mudaram de endereço, estavam com contatos desatualizados ou haviam falecido, resultando, ao final, na realização de 11 entrevistas.

Após a aprovação do Comitê de Ética e a permissão institucional dos serviços de saúde, a coleta de dados foi realizada em duas etapas. Inicialmente, foram analisados prontuários para identificar os participantes. A principal fonte de informação foram entrevistas semiestruturadas, com duração média de 23 minutos, compostas por perguntas abertas e fechadas, para permitir que os indivíduos discorressem livremente sobre suas experiências, conforme a metodologia de Minayo MCS (2013). Em outubro de 2025, foi realizada uma releitura de entrevistas deste mesmo banco de dados qualitativo, aplicando-se a Análise de Conteúdo na modalidade Temática (BARDIN L, 2011; MINAYO MCS, 2014). A metodologia seguiu as etapas de

organização e codificação do material, leitura flutuante para identificar núcleos de sentido e a subsequente construção de categorias temáticas. Por fim, os dados categorizados foram articulados com o referencial teórico para a interpretação e resposta às questões da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP/UESC (parecer nº 2.175.609 e CAAE 66849417.5.0000.5526). Após esclarecimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrada em campo ocorreu em duas fases complementares, permitindo articular os dados produzidos com o referencial teórico do estudo.

RESULTADOS

O grupo estudado (N: 11) foi predominantemente masculino (7/ 63,6%), com idade média de 45 anos, solteiro (6/ 54,5%) e residente em área urbana. O perfil socioeconômico revela alta vulnerabilidade, com a maioria possuindo baixa renda (5/ 45,5% com menos de 1 salário mínimo), baixa escolaridade (8/ 72,7% não concluíram o ensino fundamental) e dependência de auxílio governamental (9/ 81,8%). Em relação à saúde e hábitos, observou-se alta prevalência de consumo de álcool (10/ 90,9%), tabagismo (6/ 54,5%) e presença de comorbidades (5/ 45,5%). Apesar do contexto adverso, a maioria (8/ 72,7%) relatou contar com apoio familiar no tratamento.

Para a análise, os resultados foram organizados em três frentes temáticas, a saber: 1) Descoberta da doença e conhecimento do indivíduo sobre a Tuberculose; 2) Motivações e fatores do abandono do tratamento; 3) Condições de vida e papel do serviço de saúde no percurso terapêutico. Dentro de cada frente, foram mantidas narrativas ilustrativas dos entrevistados.

Descoberta da doença e conhecimento do indivíduo sobre a tuberculose

O conhecimento prévio dos participantes sobre a tuberculose foi baseado em suas experiências e percepções, incluindo a associação da doença com uma pneumonia não tratada. Alguns citaram sinais clássicos como tosse, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, outros relataram perda de apetite e de peso como os principais indícios da infecção:

> *"...fui pro Hospital X várias vezes e disseram que era pneumonia, fiz Raio-x e nada... aí fiz particular o exame da saliva, do escarro e deu que era TB*" (E3).

> "*Comecei a perder peso rapidamente, a noite transpirava muito e febre... aí veio uma pneumonia não tratada direito... cheguei a ser internado no Hospital Y pela pneumonia... acho que pneumonia mesmo...*" (E8).

> "*Quem descobriu foi os outros, disse que eu tava com pneumonia. Quando eu cuspia aquele catarro amarelo...*" (E11).

Outros explicaram a transmissão da doença com base em vivências cotidianas, crenças culturais e representações do corpo e da saúde, associando-a, por exemplo, à "frieza" ou ao contato com objetos pessoais. Outros mencionaram noções de contágio aéreo:

> "*Eu não dormia direito, tomava aquele 'sereno' todinho*" (E1).

> "*...se alguém tiver e eu beber no mesmo copo que aquela pessoa, geralmente passa pra mim*" (E7).

> "*Através da pessoa receber a respiração do outro, a pessoa infectada espirrar e colocar a mão em outra pessoa... pelo ar*" (E4).

Motivações e fatores do abandono do tratamento

Quanto ao abandono do tratamento, as narrativas indicam que, embora a maioria dos participantes compreenda os riscos associados à interrupção do tratamento - como a reincidência da doença ou até a morte - , existe um desconhecimento sobre os mecanismos biológicos, como a resistência bacteriana. Importante

destacar que essa compreensão se constrói em um contexto social e cultural, mediado por experiências pessoais, informações de profissionais de saúde e saberes populares:

> *"Elas falaram lá no SESP... a tuberculose quando não trata direitinho ela volta, vem mais forte"* (E6).

> *"...falou que se eu parasse de tomar os remédios... eu podia ir à falência"* (E9).

Aspectos emocionais, familiares e sociais tiveram grande influência no abandono do tratamento. Solidão, depressão, luto ou ausência de apoio familiar dificultaram a adesão. Além disso, o estigma relacionado à TB e a doenças concomitantes, como HIV, intensificou o isolamento:

> "*Bateu desânimo, tava separada, com menino pequeno, doente, me vi sozinha*" (E3).

> "*Minha mãe faleceu, depois meu tio, depois minha avó, foi um baque terrível pra mim... Me desesperei, fiquei praticamente isolado, me desliguei do mundo*" (E4).

> "*Minha irmã não me ajuda em nada*" (E5).

> "*Não queria aceitar essa doença, ficar tomando remédio... Vergonha, todo mundo lá vai me ver, vai saber*" (E3).

A sensação de melhora clínica precoce e os efeitos adversos dos medicamentos foram outros motivos que os levaram a interromper o tratamento. Somado a isso o uso de álcool e drogas foi identificado como facilitador do abandono, muitas vezes ligado a fatores emocionais:

> "*Fiz até o 3º mês, senti melhora e abandonei*" (E10).

> "*As reações do remédio... tontura*" (E3).

> "*Quando eu tomava os remédios sentia aquela agonia, parecendo que eu ia morrer... queimor na boca do estômago... foi o mal-estar mesmo, dava tontice*" (E9).

> "*O meu mal foi que eu não terminei o tratamento e fui beber... falar logo a verdade*" (E5).

> "*Eu bebia porque eu moro sozinho e tava com depressão, e ficava com medo de dormir sozinho, se eu não bebesse eu não dormia*" (E5).

Condições de vida e papel do serviço de saúde

A análise mostra como as dificuldades do cotidiano interferem na decisão de continuar o tratamento, a exemplo dos efeitos dos medicamentos que por serem "muito fortes" e provocarem um aumento da fome, criam um problema da necessidade de mais comida. Para quem já vive com recursos limitados, a falta de dinheiro para se alimentar adequadamente transforma o ato de tomar o remédio em um desafio.

> "*Eu tava passando por muita dificuldade... de não ter o dinheiro pra comer, porque o remédio é muito forte, dá muita fome*" (E7).

> "*... na época aqui em casa a gente tava passando muita dificuldade e minha mãe não tava tendo condição de tirar só do dinheiro do Bolsa Família ...*" (E7).

Quanto ao acesso e organização do serviço de saúde, a distância da unidade de referência, transporte e horários foram citados como barreiras. Além disso a concentração do tratamento em uma única unidade acabou reforçando a percepção negativa do serviço, associando-o a doenças estigmatizadas e tornando a busca por cuidado uma experiência marcada pelo constrangimento e pela exclusão social.

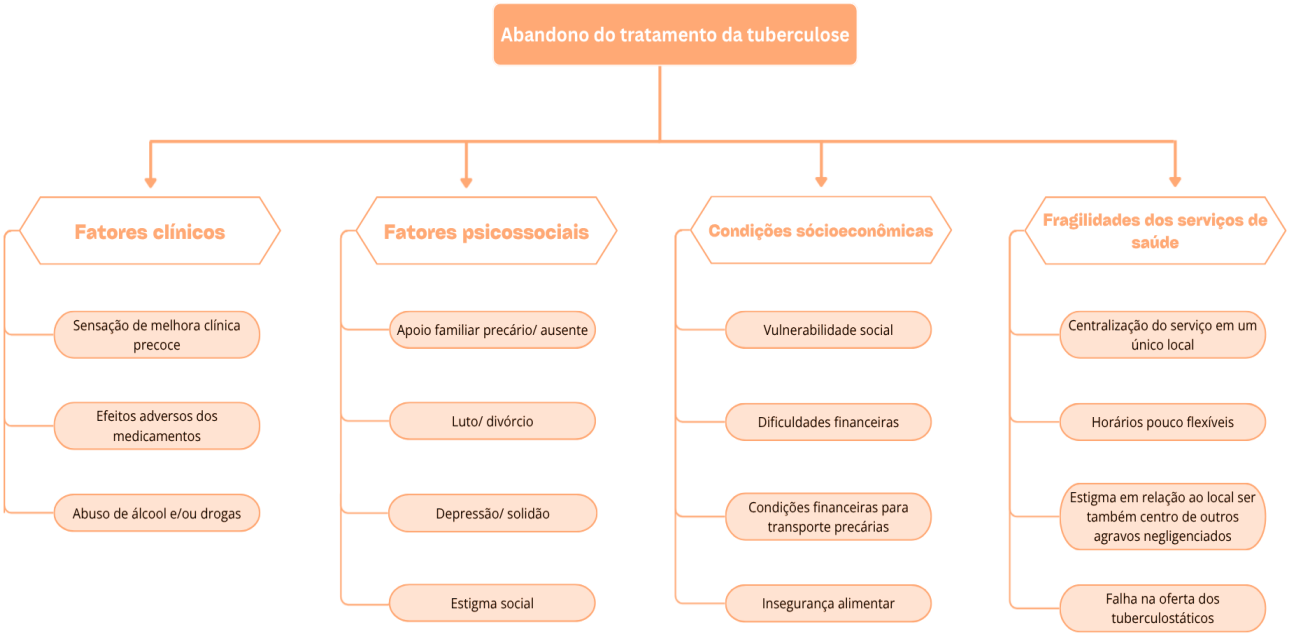
> "*Pela distância... eu saía de madrugada... não posso montar bicicleta por causa da coluna, moto... tinha que vim andando...*" (E4).

> "*Dinheiro, passagem... (por ser longe)... não tava sempre podendo pegar ônibus...*" (E7).

"*O mais difícil era de ir fazer o tratamento lá, o transporte*" (E9).

"*Tudo, tuberculoso.. HIV.. Tudo a pessoa pensa só coisa ruim sempre é no SESP.... Hanseníase...*" (E3).

Figura 1 - Síntese dos fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose.



Fonte: Oliveira JFN, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A interrupção do tratamento da tuberculose representa um dos principais obstáculos para o controle da enfermidade, com consequências graves como o aumento de custos, mortalidade, recidivas e o surgimento de multirresistência bacilar (BRIANEZI LS, et al., 2024). A persistência desse problema, mesmo com a oferta gratuita de medicamentos pelo SUS, indica uma etiologia multifatorial cujos determinantes podem abranger desde aspectos individuais do paciente e características da própria terapia até a estrutura e a dinâmica dos serviços de saúde (BATISTA JF, et al., 2025). O perfil dos participantes nesta pesquisa, marcado por baixa renda e escolaridade, além de alta prevalência de uso de álcool, tabagismo e comorbidades, evidencia que o abandono do tratamento da tuberculose é um fenômeno multifatorial, influenciado por fatores individuais, sociais, familiares e estruturais dos serviços de saúde, o que reforça a complexidade desse processo.

A análise do abandono nos leva, primeiro, ao terreno da vulnerabilidade social. Como aponta a literatura recente (LUCENA L, et al., 2023), é a precariedade das condições materiais de vida que ergue as barreiras mais decisivas à continuidade do tratamento. Sobre essa matriz de determinantes estruturais, há uma sobreposição de fatores clínicos e individuais, incluindo a melhora aparente dos sintomas, os efeitos adversos ou a própria fragmentação do serviço de saúde (HARZHEIM E, et al., 2020). Contudo, a compreensão do fenômeno se aprofunda quando o entendemos como uma "ruptura biográfica" (BURY, 1982). O diagnóstico não é apenas um evento clínico; ele interrompe trajetórias de vida, impõe o isolamento e desestrutura as relações sociais e de trabalho. É nesse ponto que o estigma se revela com toda a sua força, alimentando um sofrimento psíquico profundo, marcado pela vergonha e pelo medo, que mina a autoestima e reforça o impacto psicossocial da enfermidade (GUO X, et al., 2023).

Diante desses fatores, a persistência do abandono do tratamento, mesmo entre pacientes cientes dos riscos, demonstra que a adesão terapêutica transcende a mera transmissão de informação técnica. Conforme

apontado por Mângia e Muramoto (MÂNGIA e MURAMOTO, 2008), a decisão de seguir a terapia é um processo complexo, imerso no contexto de vida e nos itinerários singulares de cada indivíduo. A subjetividade do paciente - compreendida como a contínua reconstrução de identidades (AYRES JR, 2001) - atua como o principal mediador. O sucesso técnico do tratamento condiciona-se à sua capacidade de se integrar ao "projeto de felicidade" do paciente, um horizonte de sentidos, necessidades e percepções de bem-estar.

A análise revela que o abandono do tratamento é fortemente influenciado por uma matriz de fatores psicossociais, afetando diretamente 45,4% dos participantes. Estudos indicam que os impactos da doença e dos efeitos colaterais da medicação sobre o equilíbrio biopsicossocial desencadeiam sentimentos de depressão e solidão — uma vulnerabilidade emocional recorrente em doenças crônicas (AZEVEDO MA, et al., 2018). Essa fragilidade é intensificada pela ausência de suporte familiar, especialmente em casos de comorbidades como a coinfecção TB-HIV, e por eventos de vida adversos. Em uma dimensão mais ampla, o estigma social da tuberculose, conforme a perspectiva de Goffman, atua como um mecanismo que reforça o isolamento e agrava a vulnerabilidade, comprometendo a continuidade do tratamento (CRAIG GM, et al., 2017).

Em consonância com as narrativas apresentadas, o conhecimento sobre a tuberculose se constrói a partir de experiências vividas, saberes culturais e percepções individuais, conforme os *modelos explicativos da doença* de Kleinman A (1988). No caso da tuberculose, ao reforçarem que "fui pro Hospital X várias vezes e disseram que era pneumonia..." e "se alguém tiver e eu beber no mesmo copo que aquela pessoa, geralmente passa pra mim", não são interpretações apenas fruto de informação técnica, mas também resultado de processos subjetivos e sociais que orientam o reconhecimento e a resposta ao adoecimento conforme aponta Merhy EE (2006).

A variedade de explicações sobre a transmissão - desde noções corretas sobre contágio aéreo até associações a "frieza" ou uso compartilhado de objetos - indica que o saber sobre a tuberculose incorpora dimensões simbólicas, alinhando-se à perspectiva de Douglas M (1966) sobre doença e risco como construções sociais. Ademais, a descoberta da tuberculose frequentemente ocorre após múltiplos deslocamentos entre serviços de saúde, permeada por dificuldades diagnósticas e interpretações equivocadas, evidenciando, como ressalta Merhy EE (2006), que o adoecer constitui-se numa experiência situada, construída na interação entre sujeitos, profissionais e a organização do cuidado.

Apesar dessas influências culturais, alguns participantes demonstraram compreender parcialmente que o contato com pessoas infectadas pode transmitir a TB, embora essa percepção conviva com as explicações tradicionais. Em comunidades com alta carga de tuberculose, o conhecimento biomédico sobre a transmissão aérea da doença frequentemente coexiste com crenças culturais. Na Etiópia, por exemplo, práticas como o uso de locais de água sagrada para tratamento persistem e influenciam a busca por cuidados, em paralelo ao sistema de saúde formal (RETA MA, et al., 2024). Em outros contextos, como na província de KwaZulu-Natal, na África do Sul, o conhecimento da comunidade sobre o contágio aéreo é limitado. Ali, a infecção por tuberculose é comumente associada a fatores como o consumo de alimentos ou água contaminados, e não à sua real forma de transmissão (PALACIOS CF, et al., 2025).

O adoecimento é um processo sociocultural que ultrapassa o campo biológico, envolvendo simbolismos e práticas que influenciam percepções e comportamentos. Nesse contexto, o estigma e o preconceito geram rejeição social e podem dificultar a adesão ao tratamento. A crença na transmissão da tuberculose por roupas e utensílios, embora refutada pelo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2019), evidencia a persistência de concepções ainda a níveis sociais, visto que alguns participantes também associaram a infecção a fatores de vida e hábitos cotidianos. Todavia, se reforça que apenas parte dos infectados pelo Bacilo de Koch adoece, sendo o risco determinado por fatores endógenos e imunológicos (BRASIL, 2019). A forma de relatar as experiências potencializa o significado atribuído aos seus itinerários terapêuticos. Embora estudos iniciais concebam esses itinerários como buscas individuais por tratamento médico, abordagens contemporâneas reconhecem que cada pessoa constrói sua compreensão da doença e adota práticas distintas de cuidado à saúde (ALVES PC, 2016). Nesta pesquisa, observou-se que a busca recaiu diretamente sobre serviços formais - hospitais, Unidades de Saúde da Família ou serviços de referência

em tuberculose - sem acionamento prévio sistemático da Atenção Primária, o que levanta questões diante das orientações do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2019), que indicam a atenção básica como porta inicial de acolhimento.

Isto porque a atenção básica, ao coordenar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde, deveria constituir a principal porta de entrada para esses pacientes. Ainda assim, observam-se elevadas taxas de atendimento hospitalar, seja devido à presença de comorbidades, seja pelas dificuldades de acesso aos serviços da Atenção Primária, o que, muitas vezes, retarda o diagnóstico e compromete o acompanhamento adequado do tratamento (BRASIL, 2022b).

Os relatos mostram um hiato entre a percepção do risco e a compreensão do mecanismo biológico por trás dele. Nas narrativas, o abandono do tratamento está associado a um imaginário de agravamento e morte, um saber construído de forma empírica, quase como um senso comum sobre a doença - é sabido que parar é perigoso. Contudo, essa consciência do perigo não se traduz no entendimento da sua causa que é a resistência bacteriana. A ideia de que o bacilo se modifica, tornando-se mais forte e exigindo um tratamento mais agressivo, é um conceito abstrato e distante da realidade da maioria. A exceção é a do único participante que compreendia o conceito, um saber adquirido não pela via da orientação formal em saúde, mas pela dura experiência de ter vivenciado um tratamento para a tuberculose drogarresistente.

O abandono do tratamento da tuberculose é um fenômeno que, embora acionado por questões clínicas, se decide no campo social. A vulnerabilidade não é um mero detalhe, mas o terreno onde a doença se desenrola, tornando o impacto econômico uma barreira tão concreta quanto os efeitos adversos dos medicamentos (MACIEL ELN, et al., 2010). Assim, a análise transcende a culpa individual pela "não adesão" e aponta para uma necessidade inescapável: a continuidade do tratamento deve ser sustentada por políticas de proteção social, e não apenas por prescrições (FERREIRA MR, et al., 2022).

O acesso aos serviços impactou negativamente a adesão ao tratamento, devido a dificuldades de deslocamento, horários pouco compatíveis, longas esperas e falhas na oferta de medicamentos. Embora estratégias como descentralização, Tratamento Diretamente Observado e atuação dos agentes comunitários sejam relevantes, sua aplicação irregular manteve o cuidado fragmentado e reduziu a efetividade terapêutica. A garantia de tuberculostáticos e a implementação adequada das políticas nacionais permanecem essenciais para sustentar a adesão e evitar resistência (BRASIL, 2017; RODRIGUES FF, et al., 2018; BRASIL, 2019).

O abandono do tratamento da tuberculose expressa a articulação entre dimensões clínicas e sociais que não se separam na experiência dos usuários. A vulnerabilidade psicossocial, marcada por sofrimento emocional e fragilidade dos vínculos familiares, se intensifica em contextos como a coinfecção TB-HIV. O estigma associado à doença atua como força estrutural que aprofunda o isolamento e fragiliza a continuidade do cuidado. Nesse plano, não basta ampliar o acesso, faz-se necessário reconhecer as condições de vida que atravessam o tratamento, pois a adesão não se sustenta sem a sustentação do próprio sujeito em seu contexto social.

CONCLUSÃO

O abandono do tratamento da tuberculose mostrou-se um fenômeno que não pode ser reduzido à adesão ou não adesão a uma prescrição terapêutica. As experiências narradas pelos participantes indicam que a continuidade do tratamento é atravessada por dimensões da vida cotidiana, envolvendo desde os efeitos adversos dos medicamentos e a percepção de melhora dos sintomas até condições de vulnerabilidade socioeconômica, estigma social, sofrimento emocional e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Ao longo dos relatos, observou-se que as decisões relacionadas à permanência ou interrupção do tratamento são construídas a partir dos sentidos atribuídos à doença, das possibilidades concretas de enfrentamento do adoecimento e das redes de apoio disponíveis. Nesse contexto, o apoio familiar, a qualidade das relações estabelecidas com os profissionais de saúde e a construção de vínculos com os serviços emergem como elementos que favorecem a permanência no cuidado, enquanto barreiras de transporte, fragilidades socioeconômicas e experiências de estigmatização tendem a ampliar situações de vulnerabilidade e afastamento dos serviços. O estudo também permitiu refletir sobre o lugar ocupado pela Atenção Básica no

cuidado à tuberculose. Embora reconhecida como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a maior parte dos participantes foi diagnosticada, acompanhada e tratada na unidade de referência, apontando desafios para a integração da Rede de Atenção à Saúde e para a construção de uma linha de cuidado compartilhada entre os diferentes pontos de atenção. Mais do que um problema relacionado ao comportamento individual, o abandono do tratamento revelou-se expressão de processos sociais, econômicos, culturais e institucionais que conformam as possibilidades de cuidado. Nessa direção, o enfrentamento da tuberculose demanda ações que ultrapassem a dimensão estritamente clínica, incorporando estratégias de proteção social, acolhimento das singularidades dos usuários e fortalecimento de vínculos capazes de sustentar a continuidade do cuidado. Trata-se de reconhecer que a adesão ao tratamento não se produz apenas pela oferta de terapêuticas, mas pelas condições concretas que permitem aos sujeitos permanecerem em cuidado ao longo de sua trajetória de adoecimento.

REFERÊNCIAS

1. ALVES PC. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT TE, et al. Itinerários terapêuticos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2016.
2. AYRES JR. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2001; 6(1): 63-72.
3. AZEVEDO MA, et al. Redes sociais de usuários portadores de tuberculose. Saúde em Debate, 2018; 42(117): 442-454.
4. BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2020. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDEch.asp?REGIAO_SAUDE=Itabuna. Acesso em: 15 jul. 2025.
5. BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
6. BATISTA JF, et al. Trend of epidemiological indicators and factors associated with tuberculosis treatment dropout and death among street people in Brazil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2025; 34: e20240273.
7. BRASIL. Ministério da Cidadania. Instrução Operacional Conjunta nº 1, de 26 de setembro de 2019. Brasília: Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/instrucoes/instrucao-operacional-conjunta-no-1-de-26-de-setembro-de-2019. Acesso em: 16 fev. 2025.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil livre da tuberculose: Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: tuberculose: casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: 2021-2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.878, de 25 de abril de 2025. Diário Oficial da União, Brasília, 2025; seção 1.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose: casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
14. BRIANEZI LS, et al. Casos de tuberculose resistente no Brasil: um estudo transversal (2019-2023). Arquivos Mudi, 2024; 1(1): 28-31.
15. BURY M. Chronic illness as biographical disruption. Sociology of Health & Illness, 1982; 4(2): 167-182.
16. CRAIG GM, et al. Tuberculosis stigma as a social determinant of health. International Journal of Infectious Diseases, 2017; 56: 90-100.
17. DOUGLAS M. Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo. London: Routledge, 1966.
18. FERREIRA MR, et al. Social determinants of health and unfavourable outcome of tuberculosis treatment. Ciência & Saúde Coletiva, 2022; 27(12): 4451-4459.

19. GUO X, et al. The relationship between stigma and psychological distress among people with diabetes: a meta-analysis. BMC Psychology, 2023; 11: 242.
20. HARZHEIM E, et al. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2020; 15(42): 2354.
21. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Itabuna: panorama: população estimada. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/itabuna/panorama. Acesso em: 5 jan. 2025.
22. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Itabuna: panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/itabuna/panorama. Acesso em: 15 jul. 2025.
23. KLEINMAN A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books, 1988.
24. LUCENA L, et al. Factors associated with the abandonment of tuberculosis treatment in Brazil: a systematic review. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2023; 56: e0155-2022.
25. MACIEL ELN, et al. Adverse effects of the new tuberculosis treatment regimen. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2010; 36(2): 232-238.
26. MÂNGIA EF, MURAMOTO MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 2008; 19(3): 176-182.
27. MERHY EE. Em busca do tempo perdido. In: MERHY EE e ONOCKO R, ed. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006.
28. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
29. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.
30. NIDOI J, et al. Impact of socio-economic factors on tuberculosis treatment outcomes in north-eastern Uganda: a mixed methods study. BMC Public Health, 2021; 21: 2167.
31. ORJUELA-CAÑÓN AD, et al. Data fusion of medical records and clinical data to enhance tuberculosis diagnosis in resource-limited settings. Applied Sciences, 2025; 15(10): 5423.
32. PALACIOS CF, et al. Evaluating community knowledge of tuberculosis preventive therapy in rural South Africa. BMC Public Health, 2025; 25: 918.
33. PHAM TA, et al. Determinants of catastrophic costs among households affected by multi-drug resistant tuberculosis in Ho Chi Minh City, Viet Nam: a prospective cohort study. BMC Public Health, 2023; 23: 2372.
34. RETA MA, et al. Spiritual holy water sites in Ethiopia. International Journal of Microbiology, 2024; 2024(1): 3132498.
35. RODRIGUES FF, et al. Avaliação dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. Saúde em Debate, 2018; 42: 173-187.
36. SOARES FILHO AM, et al. Tripla carga de doenças no Brasil, 1990-2021: mudanças, inflexões e o fator COVID-19. Revista Mineira de Enfermagem, 2022; 26.
37. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Ministério da Saúde define ações prioritárias para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: SBPT, 2023.
38. SOUZA B. Com “custos catastróficos”, tuberculose é condicionada à pobreza e perpetua desigualdades. Informe ENSP/Fiocruz, 2023. Disponível em: https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/55021. Acesso em: 25 jul. 2025.
39. TEIXEIRA SC, et al. Trajectory of multiple chronic conditions and associated factors among noninstitutionalized adults aged 60 years or older in Southern Brazil. Preventing Chronic Disease, 2024; 21: 240082.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Exploring catastrophic household costs for tuberculosis treatment. Geneva: WHO, 2023.