



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**



Vania Celina Dezoti Micheletti

**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE - A ADESÃO AO
TRATAMENTO A PARTIR DA ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DA
EQUIPE DE SAÚDE**

Porto Alegre
2008

Vania Celina Dezoti Micheletti

**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE - A ADESÃO AO
TRATAMENTO A PARTIR DA ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DA
EQUIPE DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão do curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre
2008

VANIA CELINA DEZOTI MICHELETTI

**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE - A ADESÃO AO
TRATAMENTO A PARTIR DA ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DA
EQUIPE DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão do curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Conceito final _____

Aprovada em _____ de _____ de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Orientador – Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Resumo

O Brasil, segundo a OMS, é o décimo quinto colocado no ranking dos países com maior carga de tuberculose, sendo que no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre os coeficientes de incidência são de 39,24/100.000 habitantes e 91/100.000 habitantes, respectivamente.

Com o objetivo de deter a epidemia, o Programa Federal de Controle da Tuberculose propõe a cura de pelo menos 85% dos casos diagnosticados e a redução do abandono do tratamento para, no máximo, 5%, considerando a tuberculose é uma doença que tem cura, quando tratada adequadamente, e que há a disponibilização gratuita dos medicamentos na rede pública de saúde. O Programa Municipal de Controle da Tuberculose, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no entanto, não tem conseguido atingir as metas pactuadas com o Ministério da Saúde.

O presente trabalho tem por objetivo descrever a estrutura do funcionamento do Programa de Controle da Tuberculose e as estratégias empregadas para aperfeiçoar a adesão ao tratamento, bem como avaliar o Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no que se refere à adesão ao tratamento.

O estudo foi realizado através de questionário estruturado e auto-aplicável em 4 unidades de saúde que possuem ambulatórios de referência para o tratamento da tuberculose. Foram respondidos 25 questionários e os dados foram tabulados e analisados no programa SPSS.

Os resultados demonstram que uma das unidades de saúde possui os melhores indicadores de adesão ao tratamento, mas não foi possível identificar qual estratégia vem sendo utilizada para a obtenção destes índices diferenciados em relação às outras três equipes estudadas.

Palavras-chaves: tuberculose, adesão ao tratamento, unidades de saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxo de pacientes para coleta de BK	28
Figura 2 - Fluxo de investigação de casos	28
Gráfico 1 - Taxa de Abandono entre 4 unidades de referência para tratamento de tuberculose em Porto Alegre, ano 2006.....	38
Gráfico 2 - Taxa de cura entre 4 unidades de referência para tratamento de tuberculose em Porto Alegre, ano 2006.....	38
Gráfico 3 - Classificação das equipes.....	39
Gráfico 4 - Falta de profissional na equipe.....	40
Gráfico 5 - Integração entre os componentes da equipe.....	41
Gráfico 6 - Busca ativa de pacientes faltosos no 3º dia após a data da consulta.....	41
Gráfico 7 - Atendimento às normas técnicas do Programa de Controle da Tuberculose, Ministério da Saúde	42
Gráfico 8 - Estratégia de adesão do paciente ao tratamento	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos novos previstos e registrados de tuberculose nas Gerências Distritais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, ano 2006	23
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BK - Bacilo de Koch

CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

CRPHF - Centro de Referência Professor Hélio Fraga

DOTS - Directly Observed Treatment, Short-course

EVDT - Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis

INH - Isoniazida

MS - Ministério da Saúde

MTB - Mycobacterium tuberculosis

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCT - Programa de Controle da Tuberculose

PMPA - Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

RIF - Rifampicina

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SINAN/MS - Sistema de Informação de Agravos e Notificação do Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TB - Tuberculose

TB-DR - Resistência à Tuberculose

TB-MDR - Resistência a Múltiplas Drogas

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO TEÓRICA	12
2.1	TUBERCULOSE	12
2.2	TRATAMENTO	12
2.2.1	Resistência às drogas anti-tuberculose	13
2.3	PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	15
2.4	ADESÃO AO TRATAMENTO	17
3	DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DO FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE	20
3.1	GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO	20
3.2	GERÊNCIA DISTRITAL NOROESTE, NAVEGANTES, HUMAITÁ ILHAS	20
3.3	GERÊNCIA DISTRITAL NORTE / EIXO BALTAZAR	21
3.4	GERÊNCIA DISTRITAL LESTE / NORDESTE	21
3.5	GERÊNCIA GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL	22
3.6	GERÊNCIA DISTRITAL SUL / CENTRO-SUL	22
3.7	GERÊNCIA DISTRITAL RESTINGA / EXTREMO SUL	22
3.8	GERÊNCIA DISTRITAL PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO	23
3.8.1	Descrição de níveis de atribuição das unidades de saúde	24
3.8.1.1	Equipes de Saúde da Família	25
3.8.1.2	Unidades de Baixa Complexidade	25
3.8.1.3	Unidades de Média Complexidade	26
3.8.1.4	Unidades de Alta Complexidade	27
3.9	FLUXOS NA REDE DE SAÚDE	28
3.9.1	Atribuições dos profissionais de saúde	29
3.9.2	Profissionais das Unidades de Saúde	29
3.9.3	Agente Comunitário de Saúde	29
3.9.4	Auxiliar / Técnico de Enfermagem	30
3.10	ESTRATÉGIAS EMPREGADAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE PARA APERFEIÇOAR A	

	ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	33
4	MÉTODOS	37
4.1	ANÁLISE DOS INDICADORES	37
5	RESULTADOS	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	49

1 INTRODUÇÃO

O bacilo da tuberculose foi descoberto há mais de um século e continua a ser motivo de preocupação, pois, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que um terço da população mundial – cerca de dois bilhões de pessoas – esteja infectado pelo bacilo da tuberculose: *Mycobacterium tuberculosis* (KOCHI, 2001). A cada ano, a incidência mundial da tuberculose aumenta em torno de 0,4% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), representando pelo menos oito milhões de novos casos, dos quais cerca de três milhões evoluem para o óbito (BRASIL, 2001). Os números são alarmantes e indicam que a tuberculose representa um quarto das mortes evitáveis nos adultos com menos de 65 anos (SOUZA, 2004).

Nos últimos anos, foi descrita a emergência de resistência à tuberculose (TB-DR), incluindo a forma de resistência a múltiplas drogas (TB-MDR), isto é: isolados resistentes aos dois fármacos mais efetivos no tratamento da TB: rifampicina (RIF) e isoniazida (INH), não somente entre os pacientes de TB previamente tratados, mas também entre novos casos devido à transmissão nas prisões, hospitais e na comunidade (DYE; WILLIAMS, 2000; RUDY et al., 2005).

No ano 2000, em países ou regiões que passaram a realizar baciloscopia e cultura para micobactéria na rotina de investigação de pacientes suspeitos de TB, observou-se que 2,2% de todos os novos casos de TB, 273.000 foram classificados como TB-MDR. Níveis críticos foram observados em algumas regiões específicas do mundo, como Estônia, Letônia, áreas da Rússia e China. Metade dos 22 países com incidência de tuberculose elevada ainda não forneceram dados epidemiológicos recentes acerca de prevalência de TB-DR e TB-MDR nos diferentes níveis de Serviços de Saúde, entre eles o Brasil (DYE; WILLIAMS, 2000; RUDY et al., 2005).

Ainda não está definido se a infecção pelo HIV é um fator de risco para TB resistente às drogas, entretanto, os pacientes com HIV passam a ser um alvo importante para o sistema de vigilância à TB resistente visto que estes pacientes, uma vez infectados por *M. tuberculosis*, desenvolvem a doença ativa mais freqüente e mais rapidamente (POZNIAK, 2001).

Nos países em desenvolvimento, a TB/TB-MDR e AIDS estão altamente associados com a desigualdade e injustiça sócio-econômica, afetando os mais pobres e menos favorecidos, quase que seletivamente. Estas doenças agravam a pobreza por afetarem adultos em sua idade mais produtiva. O curso demorado da doença, custo da medicação e gastos com o tratamento, freqüentemente esgotam os recursos dos programas de saúde de países pobres (THE WORLD BANK, 1993).

Uma detecção rápida de pacientes infectados com cepas de TB-MDR poderia tornar possível uma mudança rápida para uma terapia mais eficaz para o paciente, e encurtar o período de infecção e reduzindo o número de novos casos de pacientes com TB-MDR. Assim, a monitoração oportuna e sistemática da suscetibilidade de *M. tuberculosis* às principais drogas tornou-se essencial.

O Brasil, segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), é o décimo quinto colocado no ranking dos países com maior carga de tuberculose, estando entre os 23 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. O Ministério da Saúde estima uma prevalência no país de 58/100.000 casos/habitante, com cerca de 50 milhões de infectados com possibilidade de desenvolver a doença, sob suas várias formas, o que pode levar à morte (BRASIL, 2001). São estimados 111.000 casos novos e 6.000 óbitos anualmente. Em 2001 foram notificados 81.432 casos novos pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/MS), correspondendo a um coeficiente de incidência de 47,2/100.000 habitantes/ano (CASTELO FILHO, 2004).

No Rio Grande do Sul, o coeficiente de incidência é de 39,24/100.000 habitantes, sendo que na região Metropolitana o índice é de 82 casos por 100.000 habitantes. Porto Alegre, com uma população de um milhão e trezentos e cinquenta mil habitantes, tem um coeficiente de incidência de 91/100.000 habitantes¹, sendo significativamente alto, comparado com o Estado e demais regiões.

Em 1996, foi realizado um levantamento nacional de resistência de 6.000 cepas de *M. tuberculosis* pelo Ministério da Saúde no Brasil, em pacientes atendidos em ambulatórios. Neste estudo, a prevalência de TB-MDR primária era de 1%, mas infelizmente, a taxa de infecção de HIV e os isolados de pacientes atendidos nos hospitais não foram incluídos no estudo. No estado do Rio de Janeiro, a prevalência

¹ Informações verbais com a Secretaria Municipal de Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação / Investigação Tuberculose (SINAN/EVDT/CGVS), 2007.

de TB-MDR primária em dois hospitais gerais de referência à AIDS era de 12% e de 5%, respectivamente (FANDINHO et al., 1999; BRITO et al., 2004).

A política brasileira, generosa e precavida ao fornecer a terapia antiretroviral livre para todas pessoas infectadas com HIV, estabelecida por decreto presidencial em 1996 (MINISTRY OF HEALTH BNSAP, 2007), reduziu as taxas dos casos de AIDS, mas o impacto dessa medida nas taxas de casos de TB, os resultados do tratamento anti-TB e a resistência às drogas anti-TB em nosso meio ainda são desconhecidos.

O Programa de Controle da Tuberculose a nível Nacional tem metas claras e objetivas principalmente no que se refere à redução do abandono ao tratamento da Tuberculose que, conseqüentemente, aumenta o número de pacientes curados.

A Secretaria de Saúde de Porto Alegre vem se empenhando no controle da tuberculose a fim de atingir as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Para o cumprimento das metas, é preciso haver uma equipe de trabalho multiprofissional comprometida. Acredita-se que o envolvimento direto da equipe, não só qualifica o modo de atenção à saúde como também está relacionada com a maior adesão dos usuários e contactantes ao tratamento da doença ativa e ao preventivo, aumentando a probabilidade de detectar os pacientes com maior risco de abandono, podendo desenvolver ações que impeçam este desfecho.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 TUBERCULOSE

Doença infecciosa e contagiosa, causada pelo microorganismo *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado Bacilo de Koch (BK), é transmitida de pessoa para pessoa através do ar e está intimamente ligada às condições de vida da população (BRASIL, 2001).

A tuberculose usualmente ataca os pulmões, as células do sistema imunológico atuam contra o germe agressor, e em 95% dos pacientes infectados pelo bacilo da TB, a infecção é controlada na fase inicial. A Tuberculose pode se apresentar de duas formas: pulmonar e extra-pulmonar.

A forma mais preocupante, do ponto de vista da saúde pública, é a tuberculose pulmonar, pois é transmitida de pessoa para pessoa pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), eliminado pelo indivíduo doente ao tossir, espirrar ou falar (BRASIL, 2002b).

2.2 TRATAMENTO

A tuberculose é tratada com medicamentos específicos disponibilizados gratuitamente na rede pública de saúde. É preconizada a associação adequada de medicamentos em esquemas padronizados, manter a regularidade e o tempo suficientes de administração por meio da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), pois deste modo elevadas taxas de cura são alcançadas e evita-se o desenvolvimento de resistência bacteriana aos medicamentos e a persistência dos bacilos da doença no organismo dos pacientes (BRASIL, 2002b).

2.2.1 Resistência às drogas anti-tuberculose

O incremento da pandemia da AIDS e sua associação com a tuberculose, bem como o aparecimento de cepas de *M. tuberculosis* multidroga resistentes, entre outras causas, tem provocado um grande alerta mundial para o combate à enfermidade.

A tuberculose resistente adquirida é resultante do uso inadequado dos antimicrobianos anti-TB. A prescrição inapropriada e o fornecimento irregular da qualidade do fármaco suprimem o crescimento do bacilo, mas propiciam a multiplicação da mutação dos bacilos fármaco-resistentes preexistentes, levando à resistência adquirida. A infecção por estes bacilos resistentes nas pessoas que nunca tiveram a doença é chamada de tuberculose resistente primária (FRASER et al., 2007).

A AIDS/TB causa mais mortes em adultos no mundo todo do que qualquer outra doença infecto-contagiosa (RAVIGLIONE et al., 2001).

Recentemente, em um estudo de caso-controle realizado em quatro países da União Européia, o risco para TB-MDR demonstrou ser mais elevado entre usuários de drogas intravenosas (OR 4,68); desabrigados (OR 2,55); viver em uma clínica de repouso (OR 2,05); tuberculose pulmonar prévia (OR 2,03), prisões (OR 2,02); ser contatos de paciente com tuberculose (OR 2,01); imunossupressões não por HIV (OR 1,96); síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (OR 1,96); tuberculose pulmonar (OR 1,77); e trabalhador na área da saúde (OR 1,69) (CASAL et al., 2005).

Além disso, a estratégia DOTS não fornece taxas aceitáveis de cura nos locais de mais altos índices de TB-MDR. Por exemplo, um estudo Coorte retrospectivo em seis países descreveu o sucesso do tratamento para a quimioterapia de curta duração de apenas 52% (faixa 11-60%) e de 29% (faixa 18-36%) entre novos casos e aqueles em retratamento com TB-MDR (ESPINAL et al., 2000).

Foram propostos programas DOTS -Plus para fornecer serviços adicionais para diagnosticar e tratar pacientes TB-MDR por meio de regimes standardizados de retratamentos (TREATMENT, 2002). Porém, os resultados obtidos com esses

regimes foi associado à elevadas taxas de falhas/recaídas (KIMMERLING et al., 1999; PARK et al., 2004; TOUNGOUSSOVA et al., 2004), e baixas taxas de cura (56%; 45-75%) (VAN DEUN et al., 2004; SUAREZ et al., 2002; MARITA et al., 2001).

Entre estudos de tratamento da TB-MDR que incluíram mais de 50 casos, com ênfase nas diferenças nos ajustes do tratamento (ambulatorio, prisões e hospitais), nos critérios de seleção da Coorte, nas características dos pacientes, e nos protocolos de tratamento onde os regimes da droga ajustavam-se individualmente aos resultados do teste de suscetibilidade às drogas, a taxa de cura foi de 65% (faixa 48-83%) (MUKHERJEE et al., 2004; CHAN et al., 2004; MITNICK et al., 2003). Foi enfatizado pelos autores que, deve ser considerado prioridade em regiões de elevada taxa de TB e de HIV: a) evitar atraso no diagnóstico da TB-MDR; b) o uso do tratamento diretamente observado e, c) adoção de outras estratégias para aumentar a adesão, incluindo a instrução para pacientes e família, auxílio nutricional, transporte e abrigo.

Na América Latina, um inquérito realizado entre 1986 e 1990, observou-se a resistência em 40 de 339 amostras do Brasil (11,8%). Com a introdução da quimioterapia de curta duração, nesse período, houve uma redução da resistência às drogas no Brasil (NATAL, 2002). O último inquérito concluído no Brasil foi realizado entre 1995 e 1997, organizado pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF)/MS e a Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu pacientes atendidos em Unidades Primárias de Saúde de diferentes regiões do país. Os resultados desse inquérito foram de grande relevância para a determinação da magnitude do problema no Brasil, indicando uma taxa de multiresistência primária de 1,1%, caracterizando baixos níveis, pelo menos em pacientes atendidos em Unidades Primárias de Saúde (BRASIL, 2005). No final da última década, no estado do Rio de Janeiro, foi observada uma prevalência de TB-MDR primária de 5% em dois hospitais gerais de referência à AIDS, sendo maior a taxa de MDR-primária entre pacientes infectados pelo HIV.

Atualmente no Brasil esta acontecendo o II Inquérito Nacional de Resistência a Drogas em Tuberculose, com início em 2005 (em andamento).

Os principais objetivos do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) / Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) / Ministério da Saúde (MS) são diminuir a mortalidade, morbidade e transmissão de Tuberculose e minimizar o

desenvolvimento de resistência às drogas. Estas informações são extremamente importantes para o planejamento do programa nas esferas Nacional, Estadual e Municipal, objetivando o controle da tuberculose (BRASIL, 2005).

2.3 PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

O Programa de Tuberculose no Brasil é dado de forma vertical, ou seja, os objetivos e metas são traçados pelo Ministério da Saúde, repassados às Secretarias Estaduais de Saúde e, destas, para as Secretarias Municipais de Saúde. O Ministério tem como meta “O Controle da Tuberculose como Prioridade Nacional”, desenvolvendo as seguintes ações:

- Diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados;
- Curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados;
- Expandir as ações de controle para 100% dos municípios;
- Reduzir o abandono para 5%;
- Estimular a notificação pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2002b).

Porto Alegre tem um coeficiente de incidência significativamente alto, comparado com o Estado, mas para avaliar estes índices é necessário conhecer o cenário local. Na década de 80 houve uma desestruturação dos serviços do programa de controle da tuberculose, com perda de profissionais e sem a devida reposição, devido ao processo de municipalização. Em 1999, o serviço se reestruturou, inclusive com a introdução do serviço de vigilância epidemiológica da tuberculose, com uma equipe própria no município, diferindo de outros estados e municípios. A recomposição dos serviços levou ao aumento das notificações, comparado aos períodos anteriores, nos quais provavelmente havia subnotificações.

No ano de 2006, a taxa de cura no município de Porto Alegre foi 72% , o que faz pensar na falta de ações estratégicas para chegarmos aos 85%, meta do MS. Quando medimos esta taxa de cura nos pacientes que não estão co-infectados pelo HIV, esta sobe para 83,5%².

A taxa de abandono do tratamento tolerada pelo MS é de 5%. No entanto, no município de Porto Alegre essa taxa é de 11%, não havendo um diagnóstico comprovado do motivo do abandono do tratamento, apenas hipóteses.

A rede de atenção de Porto Alegre possui 19 Unidades de Saúde (2007) que atendem casos de Tuberculose. Algumas dessas Unidades tem grau de complexidade II, dispondo, além da baciloscopia do escarro, de meios para o encaminhamento de cultura do bacilo de Koch, de radiologia, do teste tuberculínico padronizado e de drogas para retratamentos e efeitos adversos. Desta maneira, podem e devem atuar, também, como unidades de referência e contra-referência para unidades de procedimentos mais simples, de módulo I. No grau de complexidade III enquadram-se o Centro de Referência Estadual com ou sem Hospital de Retaguarda a ele vinculado e outros Centros de Referência Ambulatoriais.

O Programa de Tuberculose da Secretaria Municipal de Porto Alegre procura seguir a Norma Técnica estabelecida pelo Ministério da Saúde, onde estão descritas as atribuições das Unidades Básicas de Saúde para o Controle da Tuberculose, como: Definição e Notificação de Casos de Tuberculose, Tratamento e Acompanhamento do Paciente, Reações Adversas ao Uso de Drogas Anti-Tuberculose, Prevenção, Sistema de Informação e Atribuições dos Profissionais de Saúde (BRASIL, 2002b).

² Informações verbais com a Secretaria Municipal de Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação / Investigação Tuberculose (SINAN/EVDT/CGVS), 2007.

2.4 ADESÃO AO TRATAMENTO

De acordo com alguns autores (Natal et al. (1999), Bergela e Gouveia (2005) e Rosember (1999)) os primeiros meses são os mais importantes para a adesão ao tratamento e é neste período que ocorre a maioria dos abandonos. A equipe de saúde tem que estar bem preparada para enfrentar este desafio. Observa-se que nos três primeiros meses de tratamento o paciente tem uma melhora clínica importante com recuperação de peso, diminuição dos sintomas respiratórios e melhora do estado geral. Este quadro de melhora leva o paciente a sentir-se curado e, conseqüentemente, a abandonar o tratamento.

O abandono ocorre em torno de 15 a 30% dos casos (BERGELA; GOUVEIA, 2005). Várias são as alegações por parte do paciente, “justificando” o abandono do tratamento, sendo duas delas as mais freqüentes: o tempo de tratamento longo, 6 meses na maioria dos casos, e os efeitos adversos do uso diário de antibiótico. O tratamento inconcluso, levando à cura incompleta, torna o paciente sujeito a adquirir uma forma resistente de tuberculose.

A OMS recomenda a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) como uma das mais eficazes na adesão ao tratamento da Tuberculose, consistindo basicamente em cinco pilares: detecção de casos por baciloscopia; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular das drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso de governo colocando o controle da Tuberculose como prioridade (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Os cinco pilares da estratégia DOTS contribuem para o sucesso do tratamento, mas a supervisão do paciente quanto ao uso dos tuberculostáticos, caracterizando o “tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução”, mostra-se especialmente importante. Tal estratégia depende da disponibilidade, sensibilização e motivação da equipe de saúde, uma vez que o paciente fica em contato diário com o profissional de saúde que ministra o medicamento, seja na Unidade de Saúde ou através da busca ativa realizada pelos agentes de saúde. Tal estratégia aumenta as chances de sucesso do tratamento e, conseqüentemente, da cura.

Além disto, outros aspectos devem ser considerados quando falamos na adesão ao tratamento: as características sócio-demográficas, os fatores culturais, as crenças populares, a relação de custo benefício, os aspectos físicos e químicos dos medicamentos, a interação médico paciente e o grau de participação familiar no tratamento demandando várias estratégias para garantir a continuidade do tratamento (GONÇALVES et al., 2005).

As principais delas são:

- a) retorno sistemático do paciente à unidade de saúde;
- b) visita domiciliar realizada pela equipe de saúde independentemente da frequência às consultas;
- c) acolhimento e orientação de forma clara sobre o tratamento (BRASIL, 2002a).

O olhar da equipe deve estar voltado ao acolhimento do usuário desde a sua chegada ao serviço até sua alta do tratamento. Este acolhimento deve estar presente no momento da recepção na unidade e nos atendimentos médicos e de enfermagem subseqüentes.

A primeira consulta é primordial para avaliar as condições de vida do paciente e estabelecer o vínculo que facilitará sua compreensão em relação a sua doença e ao tratamento.

Alguns estudos têm mostrado que a presença de co-morbidades como diabetes e hipertensão arterial pode aumentar a adesão ao tratamento, levando o paciente a freqüentar com regularidade os serviços de saúde para o controle e recebimento de medicação (BRASIL, 2002a). Mas também outros estudos mostram que a Tuberculose associada ao HIV/AIDS dificulta a adesão ao tratamento da Tuberculose (GOMES et al., 2007).

Como se vê, muitos são os aspectos que devem ser consideradas quando se deseja atingir o sucesso no tratamento da tuberculose. E o esforço para tanto é imprescindível para garantir bons resultados nos indicadores de cura e, conseqüentemente, a diminuição da mortalidade, morbidade e transmissão da

doença, bem como minimizar o desenvolvimento da resistência às drogas no município de Porto Alegre.

Desta forma, este estudo procura focar as estratégias empregadas pelas equipes de saúde para garantir a adesão ao tratamento dos portadores de tuberculose e em que patamares estas se encontram. Esta informação é passo essencial ao planejamento de medidas complementares para implantação plena das ações do Programa de Controle da Tuberculose.

O Programa de Controle da Tuberculose a nível Nacional tem metas claras e objetivas principalmente no que se refere à redução do abandono ao tratamento da Tuberculose que, conseqüentemente, aumenta o número de pacientes curados.

A Secretaria de Saúde de Porto Alegre vem se empenhando no controle da tuberculose a fim de atingir as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Para o cumprimento das metas, é preciso haver uma equipe de trabalho multiprofissional comprometida. Acredita-se que o envolvimento direto da equipe, não só qualifica o modo de atenção à saúde como também está relacionada com a maior adesão dos usuários e contactantes ao tratamento da doença ativa e ao preventivo, aumentando a probabilidade de detectar os pacientes com maior risco de abandono, podendo desenvolver ações que impeçam este desfecho.

3 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DO FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre está dividida em oito gerências distritais conforme descrito abaixo.

3.1 GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO

Nesta Gerência são incluídos 17 bairros com uma população aproximada de 276.218 habitantes (IBGE, 2006).

Nela existem sete unidades de saúde, sendo 4 PSF e cinco hospitais.

As ações de controle da tuberculose são desenvolvidas em duas unidades, no CS Modelo, unidade de média complexidade, no PSF Sem Domicílio e nos hospitais que, embora de alta complexidade, somente realizam ações de diagnóstico e de tratamento por ocasião da internação dos pacientes, desvinculadas de uma proposta de referência e contra-referência.

Em 2006 foram diagnosticados 146 casos novos (52,86/100.000 habitantes), dentre 165,7 casos estimados anualmente, 88% do previsto.

3.2 GERÊNCIA DISTRITAL NOROESTE, NAVEGANTES, HUMAITÁ E ILHAS

Nesta Gerência são incluídos 16 bairros com uma população aproximada de 190.446 habitantes (IBGE, 2006).

Existem treze unidades de saúde, sendo 4 PSF e quatro US do GHC (Hospital Grupo Hospitalar Conceição) e dois hospitais que somente realizam ações

de diagnóstico e de tratamento por ocasião da internação dos pacientes, desvinculadas de uma proposta de referência e contra-referência.

As ações de controle da tuberculose são desenvolvidas no CS Navegantes e CS IAPI, ambas de média complexidade, e quatro US que são de baixa complexidade.

Em 2006 foram diagnosticados nos 126 casos novos (66,16/100.000 habitantes), dentre 124,2 casos estimados anualmente, 101,6% do previsto.

3.3 GERÊNCIA DISTRITAL NORTE / EIXO BALTAZAR

Nesta Gerência são incluídos três bairros, com uma população aproximada de 192.281 habitantes (IBGE, 2006).

Existem 23 unidades de saúde, sendo 10 PSF e 4 US do GHC.

Apenas as US do GHC realizam ações de diagnóstico e tratamento, como unidades de baixa complexidade.

Em 2006 foram diagnosticados 138 casos novos (71,77/100.000 habitantes), dentre 184 casos estimados anualmente, 75% do previsto.

3.4 GERÊNCIA DISTRITAL LESTE / NORDESTE

Nesta Gerência são incluídos oito bairros, com uma população aproximada de 179.588 habitantes (IBGE, 2006).

Existem 22 unidades de saúde, com 13 PSF Nessa gerência verificam-se, ainda, as quatro US do GHC e a US Campus Aproximado da PUC.

Todas as US do GHC e o CS Bom Jesus realizam ações de diagnóstico e tratamento, como unidade de baixa complexidade.

Em 2006 foram diagnosticados 140 casos novos (77,96/100.000 habitantes), dentre 107 casos estimados anualmente, 131% do previsto.

3.5 GERÊNCIA GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL

Nesta Gerência são incluídos seis bairros com uma população aproximada de 160.947 habitantes (IBGE, 2006).

Nela localizam-se o CS Vila dos Comerciários e outras 23 Unidades de Saúde, com 13 PSF. As ações de controle da tuberculose são desenvolvidas no CS Vila dos Comerciários como uma unidade de média complexidade e no PSF Nossa Senhora das Graças como unidade de Baixa Complexidade.

Em 2006 foram diagnosticados 131 casos novos (81,39/100.000 habitantes), dentre 96 casos estimados anualmente, 136,5% do previsto.

3.6 GERÊNCIA DISTRITAL SUL / CENTRO-SUL

Nesta Gerência são incluídos 14 bairros com uma população aproximada de 189.340 habitantes (IBGE, 2006).

Existem 16 Unidades de Saúde, sendo 6 PSF.

As ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose desta Gerência hoje são referenciadas no CS Vila dos Comerciários, da Gerência Distrital Glória / Cruzeiro / Cristal.

Em 2006 foram diagnosticados 91 casos novos (48/100.000 habitantes), dentre 113 casos estimados anualmente, 80,5% do previsto.

3.7 GERÊNCIA DISTRITAL RESTINGA / EXTREMO SUL

Nesta Gerência são incluídos seis bairros, com uma população aproximada de 89.215 habitantes (IBGE, 2006).

Existem 09 Unidades de Saúde sendo 5 PSF.

As ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose desta Gerência hoje são realizadas na US Restinga unidade de média complexidade. Em 2006 foram diagnosticados 83 casos novos (93,03/100.000 habitantes), dentre 53 casos estimados anualmente, 156% do previsto.

3.8 GERÊNCIA DISTRITAL PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO

Nesta Gerência são incluídos sete bairros com uma população aproximada de 179.696 habitantes (IBGE, 2006).

Existem as oito unidades de saúde do Estado e além delas, existem 12 Unidades de Saúde do município sendo 05 PSF.

As ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose desta Gerência hoje são realizadas na US Partenon, do Hospital Sanatório Partenon. As UBS do Centro de Saúde Murialdo realizam coleta de escarro.

Em 2006 foram diagnosticados 249 casos novos (138,57/100.000 habitantes), dentre 108 casos estimados anualmente, 230% do previsto. É nesta região que está localizado o Presídio Central, cujos casos de tuberculose são acompanhados pela US Sanatório, sem a contabilização da população carcerária como população da região. Isto, certamente, interfere nos cálculos de casos previstos.

Tabela 1 - Casos novos previstos e registrados de tuberculose nas Gerências Distritais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, ano 2006

Região	Casos Previstos	Casos Novos de Tuberculose	%
GD Centro	166	146	88
GD NO / NHI	124	126	101,6
GD N / Eixo Baltazar	184	138	75
GD LE / NE	107	140	131
GD GCC	96	131	136
GD Sul / Centro Sul	113	91	80,5
GD Extremo Sul / Restinga	53	83	156
GD Lomba / Partenon*	108	249	230

Fonte: CGVS / EVDT / TB / SMS-PMPA 2006.

A rede de atenção de Porto Alegre em 2007 possuía 19 Unidades de Saúde que atendiam e continuam atendendo casos de Tuberculose. Algumas dessas Unidades tem grau de complexidade II, dispondo, além da baciloscopia do escarro, de meios para o encaminhamento de cultura do bacilo de Koch, de radiologia, do teste tuberculínico padronizado e de drogas para retratamentos e efeitos adversos. Desta maneira, podem e devem atuar, também, como unidades de referência e contra-referência para unidades de procedimentos mais simples, de módulo I. No grau de complexidade III enquadram-se o Centro de Referência Estadual, com ou sem hospital de retaguarda a ele vinculado, e outros centros de referência ambulatoriais.

3.8.1 Descrição de níveis de atribuição das unidades de saúde

A partir da rede de serviços existente no município, o programa é organizado por níveis crescentes de complexidade. O primeiro nível opera com todos os procedimentos médico-sanitários de natureza simplificada, o segundo nível recepciona casos medianamente complexos e finalmente o terceiro nível garante a cobertura total das ações necessárias ao apoio das políticas do PCT.

O conceito fundamental que deve ser preservado nas ações é o da garantia de acesso da população a todos os níveis. Para a garantia desse acesso, algumas estratégias foram implementadas como a territorialidade, a integralidade, a referência e a contra-referência. Com tais ações estratégicas pode se garantir o acesso de maneira mais ampla.

A estrutura operacional deve responder, a cada nível pelas seguintes ações e procedimentos:

3.8.1.1 Equipes de Saúde da Família

A incorporação das ações de controle da tuberculose nas equipes do Programa de Saúde da Família é uma prioridade nacional e faz parte da estratégia de aumento de cobertura. Essas equipes têm seu papel assemelhado àqueles das unidades de baixa complexidade.

3.8.1.2 Unidades de Baixa Complexidade

Todos os serviços de saúde que realizam as atividades mais simples do SUS se enquadram nesse tipo de unidade de baixa complexidade. As atividades de controle da tuberculose descritas a seguir deverão ser executadas nessas US, mesmo sem contar com a presença diária do médico.

- Procura ativa e descoberta das fontes de infecção na comunidade;
- Identificação de sintomáticos respiratórios com tosse e expectoração por 3 semanas ou mais, mobilizando a equipe de saúde e todos os funcionários das unidades de saúde e dos hospitais, além da comunidade como um todo;
- Diagnóstico pela baciloscopia direta do escarro;
- Coleta do escarro e transporte adequados do material até o laboratório;
- Tratamento dos “casos novos pulmonares positivos.

O tratamento é feito nas unidades de referência e acompanhados pelas unidades de origem.

- Notificação do caso por meio do SINAN;
- Conduas nos sintomáticos persistentemente negativos à baciloscopia:

Se a baciloscopia do sintomático respiratório for negativa e os sintomas forem leves, poderá, a critério médico, permanecer em observação na Unidade, sendo orientado a retornar para novas baciloscopias, se a sintomatologia persistir por outras 4 semanas, ou ser encaminhado para uma unidade de referência para diagnóstico (unidade de média ou alta complexidade).

- Tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica ou extrapulmonar:

O tratamento é iniciado somente com indicação médica, se preenchidos os critérios diagnósticos descritos na Norma Técnica³.

3.8.1.3 Unidades de Média Complexidade

Estas unidades de saúde não têm um perfil técnico uniforme, pois englobam tanto aquelas com estrutura de “dispensário de tuberculose” tradicional, nos grandes centros urbanos, como os antigos “setores de tuberculose” com médico específico, em cidades de porte médio. O denominador comum que as diferencia das Unidades de baixa complexidade é que, além da baciloscopia do escarro, dispõem de meios para realização ou encaminhamento de cultura do bacilo de Koch, do teste tuberculínico padronizado, de drogas para retratamentos e condutas para o caso de efeitos adversos.

Ao contrário das unidades de baixa complexidade, cujas atividades de descoberta dos casos pulmonares positivos podem prescindir de médico, neste nível as ações desenvolvidas dependem, necessariamente, desse profissional, pois também são atribuições dessas Unidades:

- Diagnosticar e tratar casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa.

³ No caso de não se tratar de caso novo ou de o paciente apresentar antecedentes de hepatopatia aguda ou crônica ou, ainda, se é doente de aids ou soropositivo para HIV, não iniciar o tratamento. O paciente é encaminhado à unidade de referência à qual esta unidade está vinculada.

3.8.1.4 Unidades de Alta Complexidade

As Unidades de alta complexidade constituem os centros de referência e de retaguarda para as ações de controle da tuberculose nos estados.

Cabe aos centros de referência ambulatorial e/ou hospitalar a responsabilidade de preservar e cultivar o conhecimento sobre a tuberculose na área de epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e Saúde Pública e todos os estados deveriam contar com pelo menos um centro destes.

As atribuições dos Centros de Referência estão especificadas a seguir:

- Estabelecer diagnóstico diferencial entre tuberculose ativa e outras pneumopatias, nos casos em que a baciloscopia direta do escarro e o RX de tórax não forem suficientes;
- Atuar como referência para pacientes das Unidades de média complexidade e;

Também, para as de baixa complexidade de sua área de influência:

- Tratamento de casos de tuberculose multirresistente;
- Manejar pacientes com reações adversas graves aos medicamentos e definir a conduta nas interações medicamentosas;
- Manter, em seu quadro de funcionários, técnicos como “padrão” de referência para o teste tuberculínico e, também, para a bacteriologia da tuberculose;
- Funcionar como centros de treinamento para técnicos e auxiliares da rede ambulatorial;
- Desenvolver pesquisa operacional;
- Realizar atividades de controle de qualidade sobre as técnicas diagnósticas em tuberculose;
- Promover atividades de biossegurança em tuberculose, tanto em âmbito hospitalar como ambulatorial.

3.9 FLUXOS NA REDE DE SAÚDE

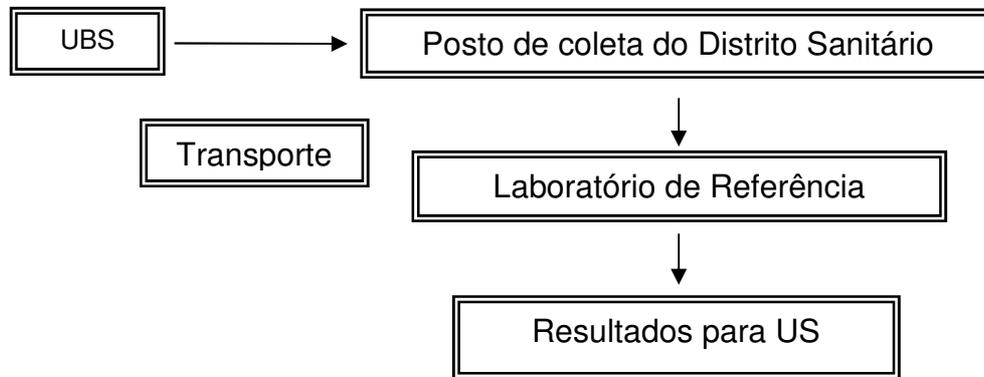


Figura 1 - Fluxo de pacientes para coleta de BK

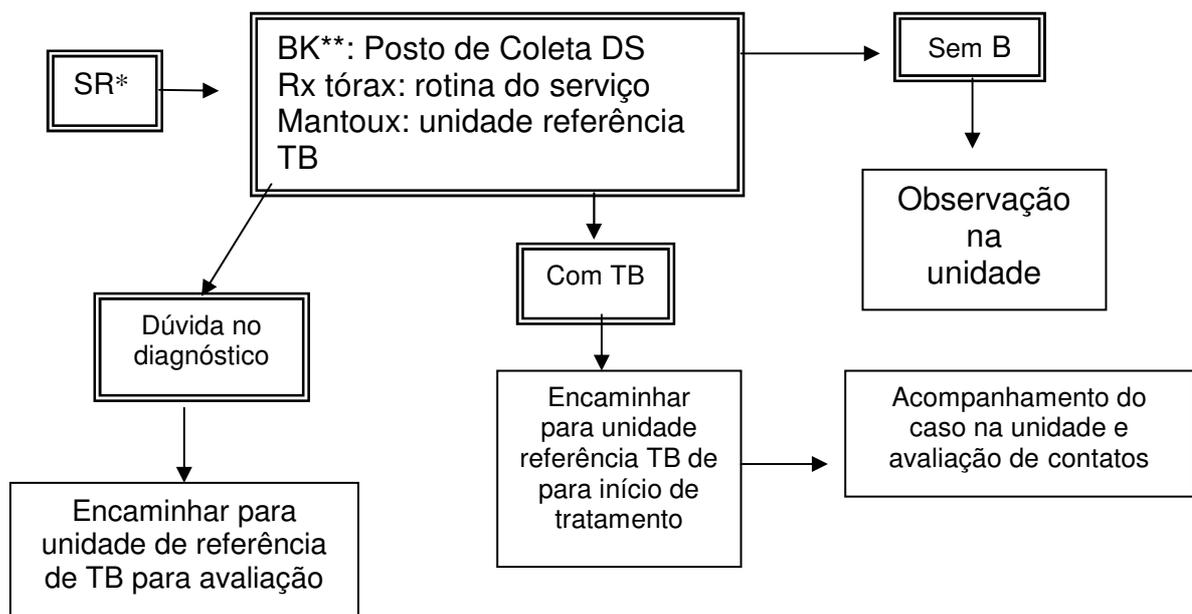


Figura 2 - Fluxo de investigação de casos

* SR: Sintomático Respiratório (tosse por mais de 3 semanas)

** BK: Baciloscopia de Escarro (pesquisa do Bacilo de Koch)

3.9.1 Atribuições dos profissionais de saúde

Cabe distinguir os profissionais com função epidemiológica nas Secretarias Municipais de Saúde daqueles localizados nas US com a função específica de descoberta e anulação das fontes de infecção na comunidade.

3.9.2 Profissionais das Unidades de Saúde

A abordagem epidemiológica do combate à tuberculose, isto é, a descoberta das fontes de contágio pelo exame direto do escarro de sintomáticos respiratórios e sua anulação pela adoção de esquemas padronizados, em conformidade com as normas do PNCT, torna a execução das atividades nas unidades de saúde extremamente simples a ponto de não dependerem, necessariamente, da presença e/ou intervenção de profissional de nível superior (médico ou enfermeiro). Esta peculiaridade técnica e operacional possibilita, em última análise, a extensão das ações de controle a todas comunidades deste imenso país.

3.9.3 Agente Comunitário de Saúde

Atividades principais:

- identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade;
- orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios identificados na comunidade;
- encaminhar o caso suspeito à equipe da unidade de saúde, comunicando à equipe;
- fazer visita domiciliar de acordo com a programação da equipe;

- supervisionar a tomada da medicação específica, quando indicada - DOT, e o comparecimento às consultas;
- participar, com a equipe, do planejamento de ações educativas para controle da tuberculose na comunidade;
- verificar a situação vacinal da criança, presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito. Caso não haja cicatriz ou qualquer comprovante no Cartão da Criança, encaminhar à unidade de saúde para vacinação.

3.9.4 Auxiliar / Técnico de Enfermagem

Atividades principais:

- identificar os sintomáticos respiratórios na comunidade e na unidade de saúde;
- orientar a coleta do escarro;
- realizar ações educativas junto à comunidade;
- supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares (DOT) e o comparecimento às consultas (de acordo com a rotina da equipe);
- fornecer a medicação, orientar seu uso e importância do tratamento;
- identificar contatos, encaminhá-los para os exames de rotina e controlar seu comparecimento;
- aplicar a vacina BCG, caso tenha capacitação para tal (conforme normas e rotinas).

Enfermeiro:

- identificar os sintomáticos respiratórios entre os consultantes gerais que demandam à unidade de saúde ou nos relatos dos agentes comunitários de saúde;

- solicitar baciloscopia para diagnóstico, ou outros exames normatizados, que se façam necessários;
- orientar quanto à coleta de escarro;
- encaminhar o doente para consulta médica, para definir tratamento;
- realizar consulta de enfermagem, conforme programação de trabalho da equipe, dispensando os medicamentos para o doente e orientando-o como usar a medicação, esclarecer mitos;
- programar quantitativos de medicamentos necessários para o tratamento;
- solicitar exame de escarro mensal para acompanhar o tratamento dos pulmonares bacilíferos;
- convocar o doente faltoso à consulta;
- aplicar a vacina BCG, caso tenha capacitação para tal;
- fazer a prova tuberculínica (PPD ou Mantoux), caso tenha capacitação para tal;
- preencher corretamente o Livro de Registro da Tuberculose na unidade de saúde, e fazer análises periódicas de resultado de tratamento;
- realizar ações educativas junto clientela da unidade de saúde e na comunidade;
- fazer tratamento supervisionado na unidade de saúde e no domicílio, quando for o caso;
- fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento domiciliar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde;
- identificar reações adversas e interações medicamentosas;
- manter fichas de acompanhamento atualizadas;
- planejar, juntamente com a equipe e coordenação municipal, estratégias de controle da tuberculose na comunidade.

Médico:

- identificar os sintomáticos respiratórios, examiná-los e solicitar exames;
- instituir, acompanhar e encerrar (alta) a quimioterapia padronizada da tuberculose;
- solicitar baciloscopias para acompanhamento do tratamento;
- solicitar raios X de tórax segundo as normas;
- iniciar quimioterapia ou quimioprofilaxia nos contatos segundo as normas;
- detectar efeitos adversos aos medicamentos e adotar as medidas para seu controle;
- investigar co-infecção com HIV, fazendo o aconselhamento preconizado;
- identificar e referenciar os casos com indicação para hospitalização e os não confirmados e extra-pulmonares para diagnóstico em unidade de maior complexidade;
- detectar as falências terapêuticas e referenciá-las às unidades de média e alta complexidade;
- fazer visita domiciliar, quando necessária;
- notificar o caso de tuberculose utilizando a ficha de notificação do SINAN;
- realizar ações educativas na comunidade.

Profissional da Área de Epidemiologia (técnico ou auxiliar):

- estabelecer para cada unidade e fração territorial o número de casos de tuberculose previsto por ano calendário, em conjunto com a Coordenação Municipal do PCT;
- discutir com os profissionais das unidades de saúde as metas operacionais para a obtenção dos resultados previstos;
- receber, examinar e consolidar os dados referentes à tuberculose contidos nos instrumentos de informação adotados no município;

- remeter os dados nos impressos padronizados do PNCT à Coordenação Municipal e Estadual, conforme a periodicidade estabelecida;
- monitorar, permanentemente, o processo de descoberta e a neutralização das fontes de infecção no município e desencadear as medidas corretivas, quando necessário.

3.10 ESTRATÉGIAS EMPREGADAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE PARA APERFEIÇOAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

A SMS estabeleceu algumas estratégias prioritárias, com a finalidade de aumentar a adesão ao tratamento.

Uma das estratégias utilizadas pela SMS é o tratamento diretamente supervisionado (DOTS), mas vale ressaltar que somente uma unidade de saúde utiliza esta estratégia.

Outras estratégias recomendadas pelo Programa Nacional de Combate a Tuberculose, também são recomendadas que se façam como:

- Fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento domiciliar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde;
- Fazer visita domiciliar, quando necessária;
- Detectar efeitos adversos aos medicamentos e adotar as medidas para seu controle;
- Vincular o paciente a equipe;
- Convocar o doente faltoso à consulta;
- Fornecer vales-transporte para pacientes que apresenta dificuldade econômica;
- Tratamento supervisionado para pacientes moradores de rua;
- Visita Social;

- Realização de entrevista inicial ao tratamento;
- Encaminhamentos para serviço de apoio;
- Integralidade na assistência ao paciente;
- Acolhimento do paciente mesmo fora da data da consulta;
- Acolhimento do paciente independente do local de moradia;
- Oferecer o teste HIV;
- Busca do paciente quando resultado do escarro positivo e o mesmo não comparece a unidade de saúde.

Descentralização das ações de vigilância dos casos de tuberculose:

Implementação de modelo de Equipe Matricial, com profissionais especializados em Centros de Saúde e estabelecimento de sistema de interconsultas, de forma regionalizada por Gerência Distrital.

Trabalhar com metas e indicadores por Gerência Distrital e unidade de saúde, capacitando os profissionais em planejamento de metas e avaliação de indicadores.

Tratamento Supervisionado para Tuberculose pelas Equipes de Saúde de Família.

Identificar as unidades de referência de tratamento de tuberculose para cada PSF.

Identificar o PSF de referência para cada paciente novo diagnosticado e inscrito no Programa de Controle de Tuberculose e que resida na área de atuação do mesmo.

Comunicar ao PSF de referência, através de formulário próprio, o nome e endereço dos pacientes novos inscritos, com periodicidade mensal.

O PSF realizará visita domiciliar ao paciente após esse comunicado, com a finalidade de verificar se o mesmo está com alguma dúvida sobre o tratamento, se está seguindo corretamente as orientações recebidas e para reforço da necessidade e importância da regularidade do mesmo.

O PSF fará a identificação e avaliação dos contatos de pacientes bacilíferos, com o encaminhamento para a realização dos exames necessários.

O PSF fica responsável por visitas aos pacientes em tratamento para tuberculose para execução de Tratamento Supervisionado, aos pacientes que concordarem com esta modalidade, avaliando e registrando os dados em formulário específico.

Por ocasião de eventual falta à consulta agendada na unidade de referência de tratamento de tuberculose, estas unidades encaminharão ao PSF de referência o comunicado em formulário próprio.

De posse deste formulário, a equipe do PSF realizará nova visita domiciliar ao paciente na intenção de sensibilizá-lo e esclarecê-lo sobre a necessidade de retomar o tratamento.

As equipes de PSF devem repassar à Equipe de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose, mensalmente, uma listagem com o nome dos pacientes da sua área de atuação, que estejam realizando tratamento supervisionado para tuberculose.

Intervenção para o controle da tuberculose para a população em situação de rua, abrigada ou não abrigada.

Estratégia de ação:

Agilização de internação em hospitais de referência para o tratamento de tuberculose no Município para pacientes em mau estado geral: uma vez identificado um paciente portador de tuberculose entre os consultantes, especialmente os bacilíferos, avaliar se há necessidade de internação. Entrar, então, em contato com o Hospital Sanatório Partenon para solicitar baixa hospitalar, visando reduzir o tempo de contato de pacientes bacilíferos, portanto transmissores da doença, com a população demandante das unidades de saúde, do PSF Sem Domicílio, que atende exclusivamente moradores de rua, e de pronto atendimentos. O paciente deverá permanecer internado pelo período mínimo de 15 dias, necessário para anulação da fonte de infecção.

Após esse período, o paciente será encaminhado para uma unidade da FASC, abrigo ou albergue, para seqüência do tratamento. A responsabilidade do fornecimento do medicamento será da unidade de tratamento de tuberculose referência para aquela unidade da FASC.

Os pacientes ficam submetidos a tratamento supervisionado para tuberculose sob a responsabilidade das unidades da FASC. Desta forma estaremos reduzindo o tempo de internação e aumentando a rotatividade de leitos no Hospital Sanatório Partenon, única referência estadual para internação por tuberculose.

Se não houver necessidade de internação hospitalar, entrar em contato com a FASC para avaliar a possibilidade de abrigagem, caso já não tenha vínculo. Nesse caso, a FASC fica responsável pela supervisão de todo o período de tratamento.

A equipe de enfermagem da FASC fica responsável por realizar busca ativa e avaliação de sintomáticos respiratórios para identificação de doentes de tuberculose entre seus usuários e instituição precoce do tratamento para anulação das fontes de infecção.

4 MÉTODOS

4.1 ANÁLISE DOS INDICADORES

A avaliação da eficácia de um programa de saúde normalmente é medida por indicadores.

Os indicadores empregados para avaliação do PCT são taxa de cura e taxa de abandono. Estes indicadores são calculados de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

Os ambulatórios que realizam tratamento para tuberculose no município de Porto Alegre seguem as normas técnicas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde/RS, empregando diferentes estratégias para aumentar a adesão e evitar abandono do tratamento.

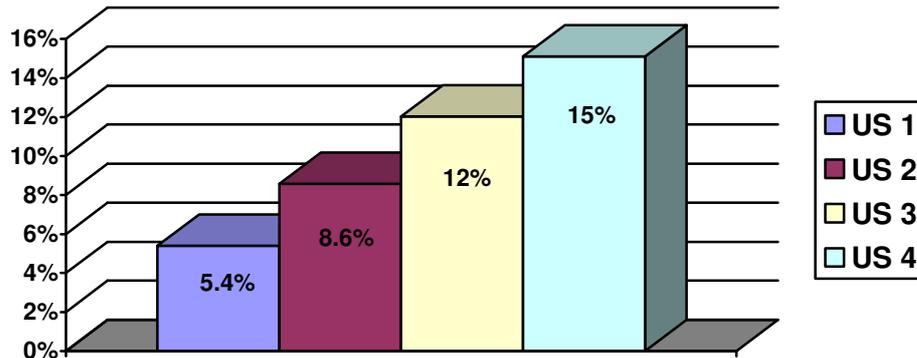
Para avaliar o PCT da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, foi realizada pesquisa com os servidores de saúde que trabalham em quatro ambulatórios de referência para tratamento de tuberculose, analisando as estratégias utilizadas pelas equipes no que se refere à adesão ao tratamento.

O estudo foi realizado através de questionário estruturado e auto-aplicável (Apêndice A), em 4 unidades de saúde que possuem ambulatórios de referência para tratamento de tuberculose. As unidades que participaram do estudo foram CS IAPI, CS Modelo, CS Navegantes, CS Vila dos Comerciantes - a partir de agora, identificadas como US 1, 2, 3 e 4. Foram respondidos 25 questionários assim distribuídos: nove na US 1, oito na US 2, quatro na US 3 e quatro na US 4. Alguns servidores do programa recusaram-se a responder os questionários, com uma perda de 14%.

A análise das variáveis foi feita no programa SPSS.

5 RESULTADOS

A meta do Ministério da Saúde para taxa de abandono é que fique abaixo de 5%. Nas unidades avaliadas, a taxa de abandono ficou distribuída conforme Gráfico 1.

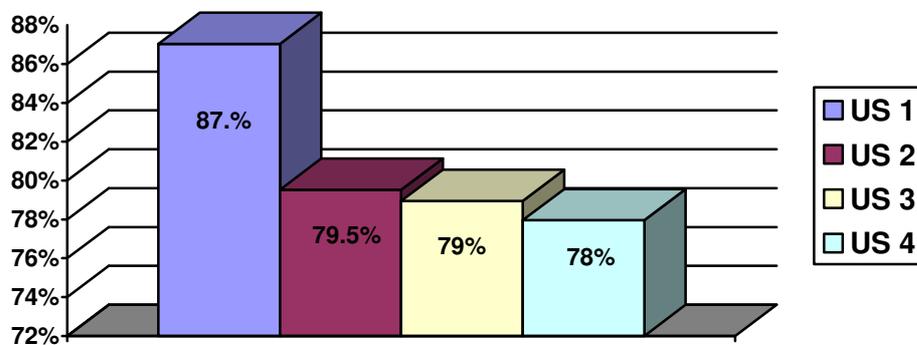


Fonte: CGVS / EVDT / TB / SMS-PMPA

Gráfico 1 - Taxa de Abandono entre 4 unidades de referência para tratamento de tuberculose em Porto Alegre, ano 2006

Conforme observado no gráfico acima, encontra-se taxas de abandono muito acima do recomendado pelo MS, principalmente nas US 2 e 3. Apenas a US 1 ficaria com freqüência próxima à meta.

A meta do Ministério da Saúde para a taxa de cura é de atingir um mínimo de 85%. As taxas de cura registradas entre as 4 unidades avaliadas, no ano de 2006, estão apresentadas no Gráfico 2.



Fonte: CGVS / EVDT / TB / SMS-PMPA

Gráfico 2 - Taxa de cura entre 4 unidades de referência para tratamento de tuberculose em Porto Alegre, ano 2006

De forma geral, o indicador de taxa de cura registrado em 2006, reflete o já exposto em relação aos resultados encontrados no município de Porto Alegre, estão abaixo das metas propostas pelo MS. A US 4 é a que, além de apresentar a maior taxa de abandono, possui a menor taxa de cura da amostra.

Nestes dois indicadores analisados, percebe-se uma melhor performance da US 1, com diferença estatística significativa quando comparada com a US 4 ($p = 0,006$).

Para classificação das equipes, foram selecionadas as seis primeiras variáveis do questionário (Apêndice A) e transformadas em uma variável dicotômica, sendo atribuído um valor a cada uma. A equipe foi considerada ideal quando a soma das variáveis foi igual a 5 ou 6 e fora do ideal de 1 a 4.

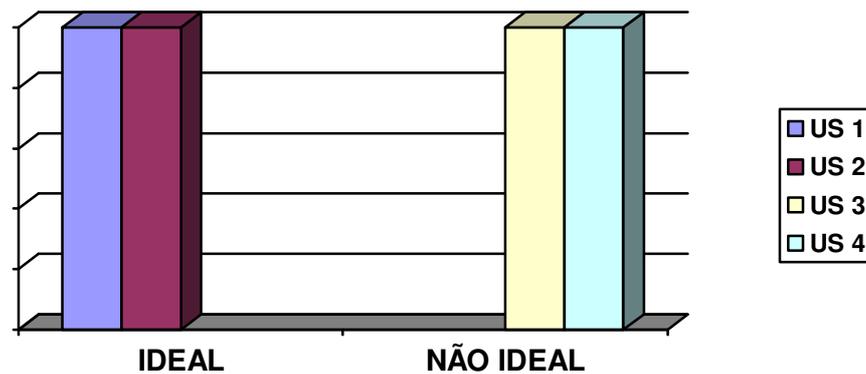


Gráfico 3 - Classificação das equipes

Conforme mencionado no item 2.3, na década de 80 houve uma desestruturação dos serviços do PCT, com perda de profissionais. A partir de 1999, as equipes do PCT foram reestruturadas com o processo de municipalização do programa. Mesmo com essa reestruturação, quando comparamos a variável “Tem algum profissional faltando na equipe”, observamos diferença estatisticamente significativa entre as equipes consideradas ideais e não ideais. ($p = 0,000$)

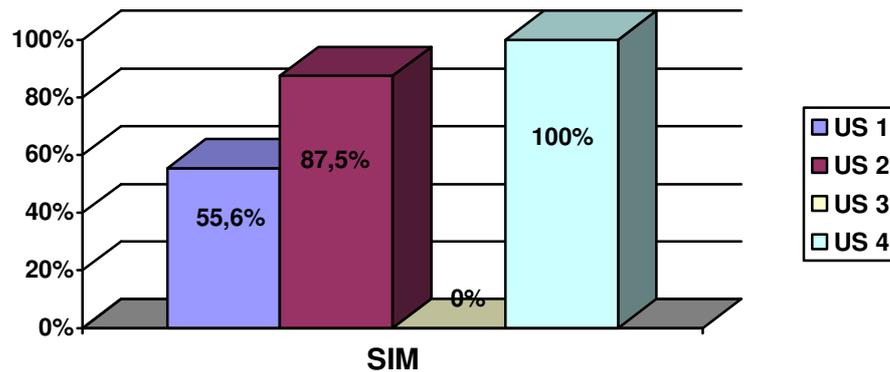


Gráfico 4 - Falta de profissional na equipe

A norma técnica do Ministério da Saúde recomenda que a equipe mínima do PCT seja composta por médico, enfermeiro e auxiliar e/ou técnico de enfermagem. Nesta variável observamos que os pesquisados mencionaram a necessidade de outras categorias profissionais na equipe. Talvez esta diferença estatística seja por um viés de interpretação desta variável.

De acordo com o item 2.4, que se refere à adesão ao tratamento, a equipe de saúde deve estar bem preparada para enfrentar este desafio. Isto inclui uma boa integração entre os componentes da equipe, resultando numa melhor atuação da mesma. Esta variável reflete diretamente no acolhimento, no vínculo do paciente com a equipe, na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, na melhora dos indicadores.

Na avaliação do item “Integração entre a equipe” não houve unanimidade nas respostas em duas das unidades pesquisadas, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,027$) (Gráfico 5).

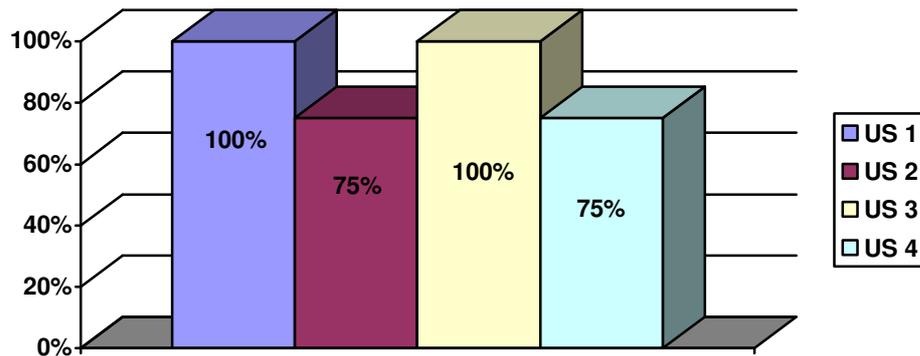


Gráfico 5 - Integração entre os componentes da equipe

Mesmo levando em consideração viés de interpretação, pode-se deduzir que estas equipes não estejam atuando harmonicamente. A unidade com pior performance nos indicadores monitorados pela CGVS, equipe 4, foi também uma das que não teve unanimidade de resposta sobre a integração de sua equipe. Esta equipe estava classificada como não ideal.

O Gráfico 6 mostra que a estratégia de busca ativa dos pacientes é realizada por todos os integrantes da equipe em apenas duas unidades, equipes 1 e 3, as demais realizam de forma parcial. Sabemos que esta estratégia é recomendada para resgate do paciente faltoso na tentativa de evitar o abandono do tratamento. Quando comparada a execução desta estratégia entre as equipes classificadas como ideais e não ideais, houve diferença estatística significativa ($p = 0,027$).

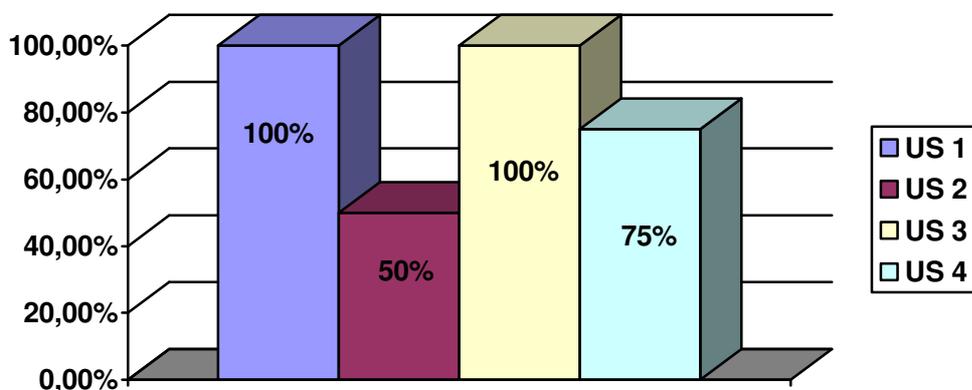


Gráfico 6 - Busca ativa de pacientes faltosos no 3º dia após a data da consulta

Todas as unidades de saúde que desenvolvem o PCT devem seguir certos requisitos técnicos padronizados pelo Ministério da Saúde no atendimento a seus pacientes, conforme exposto no item 2.3. Na pesquisa realizada, constatou-se que a grande maioria se identifica como atendendo a estes requisitos (Gráfico 7).

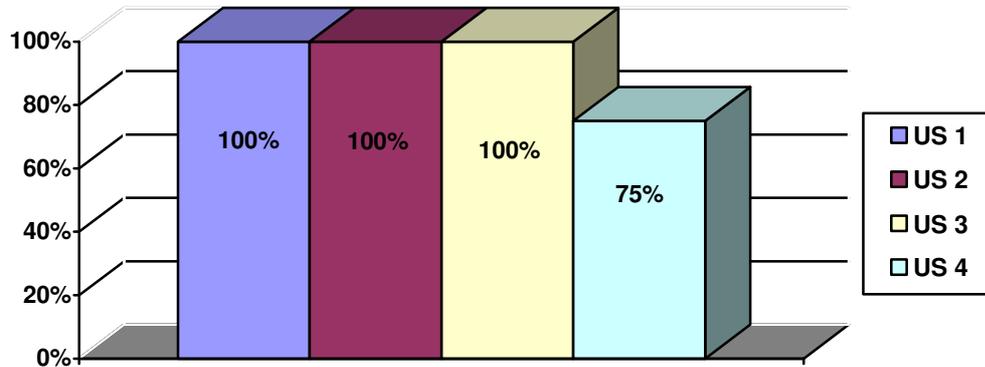


Gráfico 7 - Atendimento às normas técnicas do Programa de Controle da Tuberculose, Ministério da Saúde

No entanto, mesmo nas unidades onde o atendimento às normas técnicas foi diagnosticado como 100% existente, não se observa vinculação direta com a taxa de cura, que se mantém abaixo do esperado, ou com a taxa de abandono, que se mantém elevada, sem diferença estatística significativa.

De acordo com as respostas ao item “Você usa alguma estratégia para adesão do paciente ao tratamento?”, constatou-se que todas as equipes utilizam alguma estratégia de adesão (Gráfico 8). Entretanto, quando comparadas com a taxa de cura e de abandono, não se observa diferença estatística significativa entre as equipes consideradas ideais e não ideais.

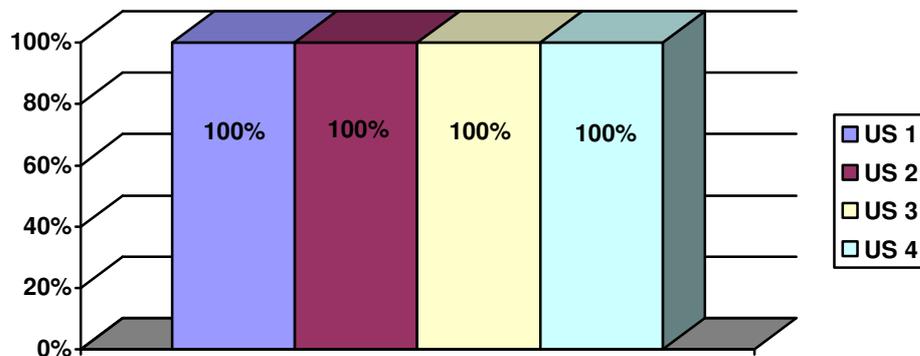


Gráfico 8 - Estratégia de adesão do paciente ao tratamento

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Controle da Tuberculose de Porto Alegre não tem atingido as metas pactuadas com o Ministério da Saúde em relação às taxas de cura e de abandono, segundo dados da CGVS/EVDT/TB/SMS-PMPA. Ainda que o governo municipal considere o PCT uma de suas prioridades, muitas são as dificuldades encontradas pelo programa.

O processo de avaliação apresentado no presente estudo teve como objetivo contribuir para identificar e aprimorar as estratégias de adesão ao tratamento utilizadas pelas equipes que desenvolvem o PCT avaliadas.

São várias as referências bibliográficas que relatam sobre estratégia de adesão ao tratamento da tuberculose. Apesar de muitas destas estratégias estarem sendo utilizadas pelas equipes estudadas, os indicadores de cura e abandono ainda têm mostrado um cenário desfavorável nesta Capital.

Podemos observar também que, ainda que haja viés de interpretação das variáveis, a análise dos dados mostra que a rotina de atendimento é cumprida dentro das normas técnicas do Ministério da Saúde (Gráfico 7). Ainda assim, este fator isoladamente não refletiu da forma esperada na melhoria dos indicadores de uma maneira geral, aumento da taxa de cura e diminuição da taxa de abandono como podemos observar no Gráfico 1 e 2, sem diferença entre as equipes consideradas ideais e não ideais. Com essa avaliação não estamos concluindo que o cumprimento das normas técnicas, como visita domiciliar, entrevista inicial, busca de faltosos, entre outras utilizadas pela equipe, não sejam importantes para melhorar a adesão ao tratamento, mas que provavelmente existam outras variáveis envolvidas que favoreçam a melhoria dos indicadores.

Observamos que os melhores indicadores estiveram associados às equipes classificadas como ideais (Gráfico 3). As equipes ideais foram as que mostraram melhor integração entre seus componentes, Gráfico 5, e uma composição mais adequada, sem referir falta de profissional, Gráfico 4. Podemos destacar que estas variáveis se mostraram relevantes para adesão do paciente ao tratamento, traduzindo-se na obtenção de melhores indicadores. Sugerimos que seja realizado

um acompanhamento dos processos de trabalho das equipes, permitindo que atuem de forma harmônica.

Embora todas as equipes utilizem estratégias de adesão ao tratamento, este estudo não conseguiu identificar a melhor estratégia que vem sendo utilizada pela unidade de saúde que mostra os melhores indicadores, US 1.

Sugerimos a continuidade deste estudo para obter um diagnóstico mais preciso referente às estratégias que as unidades vêm desenvolvendo. Talvez fosse necessária a permanência do pesquisador durante um tempo maior nas unidades de saúde.

Segundo Goldin (2000, p. 10):

Ao terminar um estudo o pesquisador se depara com novas questões que podem gerar novos projetos. A pesquisa pode ser considerada desestimulante e até mesmo frustrante para algumas pessoas por não dar respostas finais e definitivas, mas esta característica é a garantia da continuidade da busca do conhecimento humano.

REFERÊNCIAS

- BERGELA, S. F.; GOUVEIA, N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 898-905, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano nacional de mobilização e intensificação das ações para eliminação da hanseníase e controle da tuberculose**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica n.6 série A. Normas e manuais técnicos n. 148**. Brasília, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Protocolo do II inquérito nacional de resistência a drogas em tuberculose**: united states agency for international development (USAID). Brasília, 2005.
- BRITO, R. C. et al. Resistência aos medicamentos anti-tuberculose de cepas de M. tuberculosis isoladas de pacientes atendidos em Hospital Geral de Referência para Tratamento de AIDS no Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 255-262, 2004.
- CASAL, M. et al. A case control study for multi-drug resistant tuberculosis: risk factors in four European Countries. **Microbial Drug Resistance**, Larchmont, v. 11, n. 1, p. 62-67, 2005.
- CASTELO FILHO, A. et al. II consenso brasileiro de tuberculose diretrizes brasileiras para tuberculose 2004: epidemiologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, Supl. 1, p. S4-S5, 2004.
- CHAN, E. D. et al. Treatment and outcome analysis of 205 patients with multi-drug resistant tuberculosis. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 169, p. 1103-1109, 2004.

DYE, C.; WILLIAMS, B. G. Criteria for the control of drug-resistant tuberculosis. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington, v. 97, n. 14, p. 8180-8185, 2000.

ESPINAL, M. A. et al. Standard short course chemotherapy for drug-resistant tuberculosis: treatment outcomes in 6 countries. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 283, n. 19, p. 2537-2545, 2000.

ESPINAL, M. A. The global situation of TB-MDR. **Tuberculosis**, Inglaterra, v. 83, p. 44-51, 2003.

FANDINHO, F. C. O. et al. Drug resistance patterns among hospitalized tuberculous patients in Rio de Janeiro, Brazil, 1993-1994. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 4, p. 543-547, 1999.

FRASER, A. et al. Drugs for preventing tuberculosis in people at risk of multiple-drug-resistant pulmonary tuberculosis (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Oxford, n. 4, 2007.

GOMES, A. da S. et al. **Adesão ao tratamento de tuberculose de portadores de HIV/AIDS**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1227.htm>>. Acesso em: 08 nov. 2007.

GONÇALVES, H. et al. **Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, na perspectiva do paciente**. 2005. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/535189.html>. Acesso em: 08 nov. 2007.

GOLDIN, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde?** 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

KIMMERLING, M. E. et al. Inadequacy of the current WHO retreatment regimen in a central Siberian prison: treatment failure and TB-MDR. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 3, p. 451-453, 1999.

KOCHI, A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the world health organization. **Bulletin of the World Health Organization**, New York, v. 79, n. 1, p. 71-75, 2001.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINISTRY OF HEALTH BNSAP. **AIDS drug policy**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/aids_drugs_policy.htm>. Acesso em: 02 ago. 2007.

MITNICK, C. et al. Community based therapy for multidrug resistant tuberculosis in Peru. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 348, p. 119-128, 2003.

MUKHERJEE, J. S. et al. Programmes and principles in treatment of multidrug-resistant tuberculosis. **The Lancet**, London, v. 363, p. 474-481, 2004.

NARITA, M. et al. Treatment experience of multidrug-resistant tuberculosis in Florida, 1994-1997. **Chest**, Chicago, v. 120, p. 343-348, 2001.

NATAL, S. Emergência da resistência às drogas. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 57-70, jul./dez. 2002.

NATAL, S. et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 65-78, 1999.

PARK, S. K. et al. Self-administered, standardized regimens for multidrug-resistant tuberculosis in South Korea. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 8, n. 3, p. 361-368, 2004.

POZNIAK, A. Multidrug-resistant tuberculosis and HIV infection. **Annals of the New York Academy of Science**, New York, v. 953, p. 192-198, 2001.

RAVIGLIONE, C. et al. The burden of drug-resistant tuberculosis and mechanisms for its control. **Annals of the New York Academy of Science**, New York, v. 953, p. 88-97, 2001.

ROSEMBER, J. **Tuberculose**: panorama global: óbices para o seu controle. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará; 1999. p. 23.

RUDY, M. et al. Rates of drug resistance and risk factor analysis in civilian and prison patients with tuberculosis in Samara Region, Russia. **Thorax**, London, v. 60, n. 2, p. 130-135, 2005.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais Instituto Milênio REDE TB. Ribeirão Preto: Rettec Artes Gráficas; 2006. 210 p.

SOUZA, Carla. **Tuberculose**: um problema mundial. 2004. Disponível em: <http://jpn.icicom.up.pt/2004/04/27/tuberculose_um_problema_mundial.html>. Acesso em: 06 set. 2007.

SUAREZ, P. et al. Feasibility and cost-effectiveness of standardized second-line drug treatment for chronic tuberculosis patients: a national cohort study in Peru. **The Lancet**, London, v. 359, p. 1980-1989, 2002.

THE WORLD BANK. **World development report**: investing in health. New York: Oxford University Press, 1993.

TOUNGOUSSOVA, O. S. et al. Impact of drug resistant M. tuberculosis on treatment outcome of culture positive cases of tuberculosis in the Archangel Oblast, Russia, in 1999. **European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases**, Wiesbaden, v. 23, p. 174-179, 2004.

TREATMENT of tuberculosis: guidelines for national programmes. 3. ed. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 112.

VAN DEUN, A. et al. Results of a standardized regimen for multidrug-resistant tuberculosis in Bangladesh. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 8, n. 5, p. 560-567, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control**: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO/CDS/TB; 2003.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Profissão:

1) A equipe de profissionais é composta por médico, enfermeiro, Auxiliar / Técnico de enfermagem?

Sim Não

2) Tem algum profissional faltando na equipe?

Sim Não

Qual?

Médico Enfermeiro Aux. / Técnico enfer.

3) Existem reuniões periódicas no setor?

Sim Não

4) Existe uma boa integração entre a equipe?

Sim Não

5) São obedecidas as normas técnicas para investigação de sintomáticos respiratórios?

Sim Não

6) Pacientes em diagnóstico com baciloscopia de escarro Negativo são encaminhados à consulta médica?

Sim Não

- 7) Qual o tempo de demora para o resultado da baciloscopia (em dias): _____
- 8) Os pacientes em diagnóstico com exame radiológico são encaminhados à consulta médica?
() Sim () Não
- 9) É realizada a “Entrevista inicial” ao paciente no momento em que está iniciando o tratamento?
() Sim () Não
- 10) São utilizados outros serviços de apoio da comunidade para encaminhamento do paciente?
() Sim () Não
Quais-----
- 11) São utilizados outros setores da Unidade de Saúde para o encaminhamento do paciente?
() Sim () Não
Quais-----
- 12) Quais os recursos utilizados para a busca destes pacientes?
() aerograma () Telefones () recados () visita domiciliar
- 13) Existe rodízio entre os funcionários do setor?
() Sim () Não

14) É feita busca ativa a todo paciente que estiver faltoso no 3º dia após a data da consulta?

Sim Não

15) Pacientes em consultas de rotina são atendidos pelo médico?

Sim Não

16) Qual a conduta com os pacientes em consulta de rotina que comparecem à Unidade fora do horário do médico?

É atendido em consulta de enfermagem Agenda nova consulta

É fornecido medicamento Outros _____

17) É realizada investigação dos contatos?

Sim Não

18) É oferecido o teste de HIV a todos os pacientes ingressos no programa?

Sim Não

19) Foram utilizados recursos para a busca dos pacientes com diagnóstico positivo que não iniciaram tratamento?

Sim Não

20) Você usa alguma estratégia para adesão do paciente ao tratamento?

Sim Não

21) Qual _____

22) É feita a coleta de escarro em paciente sintomático respiratório não pertencente à área de abrangência?

Sim Não

23) São fornecidos vales-transporte para os pacientes com dificuldade financeira para comparecer na próxima consulta na Unidade de Saúde?

Sim Não