



ARTIGO DE PESQUISA

ANÁLISE DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO PARA TUBERCULOSE, NO MUNICÍPIO DE CUBATÃO, SÃO PAULO, BRASIL

ANALYSIS OF DIRECTLY OBSERVED TREATMENT FOR TUBERCULOSIS IN THE CITY OF CUBATÃO, SÃO PAULO, BRAZIL

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS BAJO OBSERVACIÓN DIRECTA EN LA CIUDAD DE CUBATAO, SÃO PAULO, BRASIL

João Paulo Aché Freitas Filho¹, Ana Lúcia De Mattia², Lilian de Oliveira dos Santos³, Luciana Ticianeli Piva⁴, Paula Salomon Silva³

RESUMO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, com o objetivo de analisar a implementação da modalidade de tratamento diretamente observado (TDO), identificando a descontinuidade ao tratamento, bem como os motivos que levaram a seu encerramento antecipado. Os dados foram obtidos tendo como fonte os registros de prontuários médicos, do Centro de Vigilância Epidemiológica do município de Cubatão (São Paulo-Brasil). Foram analisados todos os 528 casos registrados no período de março de 2003 a agosto de 2008 que apresentavam diagnóstico de tuberculose pulmonar e estavam registrados no Programa de Controle e Tratamento dos Casos de Tuberculose. Destes, 274 (51,89%) eram inscritos na modalidade TDO, e 254 (48,11%) na modalidade de tratamento autoadministrado (TA). No grupo não submetido à estratégia TDO, houve 41 (7,76%) casos de abandono ao tratamento, enquanto no grupo de pacientes que fora submetido a essa estratégia, apenas 8 (1,52%) registraram tal abandono, demonstrando maior efetividade do tratamento quando ocorre segundo a estratégia DOTS. **Descritores:** Tuberculose; Terapia diretamente observada; Autoadministração.

ABSTRACT

This is a retrospective cohort study, aiming to analyze the mode directly observed treatment (DOT), identifying the discontinued treatment, and the reasons for closure. The data were obtained using records from the medical records at the Center for Epidemiological Surveillance of Cubatão (Sao Paulo, Brazil). We analyzed all the 528 cases from March 2003 to August 2008, which had a diagnosis of pulmonary tuberculosis registered in the Control Program and Treatment of Cases of Tuberculosis. 274 of these (51.89%) were enrolled in group mode DOT, and 254 (48.11%) were enrolled in group self-administered treatment (TA). The frequency of foreclosure cases the treatment was 41 (7.76%) and 8 (1.52%) for the ST modes and DOT, respectively, thus demonstrating the effectiveness of directly observed treatment. **Descriptors:** Tuberculosis; Directly observed therapy; Self-administration.

RESUMEN

Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo, con el objetivo de analizar la práctica de modalidad de tratamiento directamente observado (TDO), con identificación de descontinuidad de tratamiento, y las razones para el cierre. Los datos se obtuvieron utilizando los registros de las historias clínicas en el Centro de Vigilancia Epidemiológica de Cubatao (Sao Paulo, Brasil). Se analizaron todos los 528 casos desde marzo de 2003 a agosto de 2008, que tenían un diagnóstico de tuberculosis pulmonar registrados en el Programa de Control y Tratamiento de casos de tuberculosis. De ellos, 274 (51,89%) estaban matriculados en el modo de grupo de TDO, y 254 (48,11%) en el grupo de tratamiento auto-administrado (AT). En el grupo no sometido a la estrategia TDO, hubo 41 (7,76%) casos de abandono al tratamiento y en el grupo de pacientes que había sido sometido a esa estrategia, solamente 8 (1,52%) registraron abandono, lo que demuestra mayor efectividad de tratamiento cuando este ocurre de acuerdo con la estrategia DOTS.

Descritores: Tuberculosis; Terapia por observación directa; Auto-administración.

¹Biólogo. Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Analista em Educação e Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (Brasil), Tutor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ. ²Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais. ³Enfermeira graduada pela Universidade Paulista - Santos. ⁴Enfermeira graduada pela Universidade Paulista - Santos. Enfermeira do Pronto Socorro Municipal de Mongaguá.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) continua sendo um importante problema mundial de saúde, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, que também contemplem aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública⁽¹⁾.

A relevância da magnitude da TB pode ser evidenciada pelas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2007, correspondendo a 9,27 milhões de casos novos no mundo. A maioria desses casos estaria nas regiões da Ásia (55%) e da África (31%), enquanto as regiões do Mediterrâneo Oriental (6%), Europa (5%) e Américas (3%) teriam apresentado os menores percentuais. Apesar do aumento no número de casos novos, a taxa de incidência global vem diminuindo lentamente (menos de 1% ao ano), sendo estimada, em 2009, uma taxa futura de 139 casos por 100.000 habitantes⁽²⁾.

O Brasil é um dos 22 países que representam 80% da carga mundial de TB, sendo dessa forma priorizado pela OMS. Em 2007, o Brasil notificou 72194 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. Destes, 41117 casos novos foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positiva), apresentando um coeficiente de incidência de 41/100.000 habitantes. Esses indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número absoluto de casos, e na 104ª posição em relação à magnitude do coeficiente de incidência⁽²⁾.

A distribuição dos casos está concentrada em 315 dos 5564 municípios do país, correspondendo a 70% da totalidade dos casos. O estado de São Paulo detecta o maior número absoluto de casos, e o estado do Rio de Janeiro apresenta o maior coeficiente de incidência. Em 2008, a TB foi a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira

causa de morte dos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)⁽¹⁾.

O município de Cubatão faz parte dos 329 municípios selecionados como prioritários para o controle da tuberculose no país, o que se justifica, pois, segundo dados do Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo, dentre todos os casos novos notificados na Região Metropolitana da Costa da Mata Atlântica, durante o ano de 2007, 7,82% corresponderam ao município de Cubatão. Tem-se registrado que a Região Metropolitana da Costa da Mata Atlântica exibe os maiores coeficientes de incidência do Estado. Enquanto em todo o Estado de São Paulo os municípios exibem, em média, coeficientes de incidência em torno de 37,7 por 100 mil habitantes, na Região Metropolitana da Costa da Mata Atlântica tal coeficiente é de 80,0 por 100 mil habitantes⁽³⁾. Em 1993, a OMS declarou a tuberculose como uma emergência mundial e passou a recomendar a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Strategy) como resposta global para o controle da doença. Essa estratégia pode ser entendida como um conjunto de boas práticas para o controle da tuberculose e fundamenta-se em cinco componentes: 1. compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação (com definição de atividades, metas, prazos e responsabilidades) e mobilização social; 2. diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; 3. tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; 4. fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; 5. sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso⁽²⁾.

No Brasil, a estratégia foi incorporada ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em 1998, sendo então estabelecidas

novas diretrizes de trabalho, visando à incorporação das ações de controle da tuberculose no âmbito da atenção primária. Nessa direção vem sendo proposto que os serviços de saúde se organizem para que as equipes de saúde da família incorporem em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença⁽⁴⁾.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento chave da estratégia DOTS, que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura. O TDO constitui uma mudança na forma de administrar os medicamentos, sem mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa a observar a ingestão da medicação pelo paciente, desde o início do tratamento até a sua cura⁽¹⁾.

A escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. Para fins operacionais, ao final do tratamento, para a definição se o tratamento foi observado, convencionou-se que este doente deverá ter tido, no mínimo, 24 ingestões de medicação observadas na fase de ataque, e 48 ingestões de medicação observadas na fase de manutenção⁽¹⁾. Assim, recomenda-se que todo caso de tuberculose (novos e retratamentos) deva realizar o TDO, pois não é possível prever os casos que irão aderir ao tratamento⁽⁵⁾. Este estudo buscou contribuir com a análise do encerramento antecipado, ou não, ao tratamento para tuberculose, dependendo da modalidade praticada pelo paciente (tratamento diretamente observado ou autoadministrado), bem como quanto à identificação dos motivos que levaram ao encerramento antecipado do tratamento, tais

como, alta ou cura, abandono ou óbito, no Município de Cubatão. Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de analisar importantes aspectos da implementação da modalidade TDO no município de Cubatão.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, delineamento não-experimental, realizado no Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de Cubatão, Estado de São Paulo, Brasil, onde se coordenam as atividades do DOTS. A SMS de Cubatão tem a missão de administrar os recursos humanos e materiais de toda a rede de atenção à saúde, respeitando os princípios de universalidade, integridade e equidade consagrados no SUS, zelando principalmente pelo respeito da vida e humanização do atendimento. Cabe também à SMS o gerenciamento dos serviços de Vigilância à Saúde, englobando as ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, que, em conjunto, buscam soluções de caráter preventivo para evitar doenças e agravos à saúde coletiva.

A coleta de dados foi realizada nos prontuários médicos, durante os meses de setembro e outubro de 2008, utilizando-se um instrumento constituído de duas partes: a primeira identificando os grupos, correspondentes às modalidades denominadas como de tratamento autoadministrado (TA), portanto não supervisionado, e o outro grupo, na modalidade de tratamento diretamente observado (TDO). Este último grupo, portanto, corresponde ao que se submeteu à estratégia TDO. A segunda parte contemplou os dados sócio-demográficos dos pacientes, e envolveu, especificamente, as variáveis: gênero, idade e ocupação, bem como o local de diagnóstico da tuberculose, e o registro de encerramento antecipado, ou da continuidade ao

tratamento, bem como os motivos que levaram ao encerramento, tais como: alta ou cura e abandono ou óbito.

Os critérios de inclusão na amostra foram os prontuários de pacientes com diagnóstico confirmado de tuberculose pulmonar, cadastrados durante o período compreendido entre janeiro de 2003 e agosto de 2008, na Secretaria Municipal de Saúde do município de Cubatão. Foram excluídos os prontuários de pacientes com diagnóstico de tuberculose extrapulmonar, bem como todos aqueles que corresponderam a casos de alterações no registro do diagnóstico, no decorrer desse período, além daqueles prontuários de pacientes que foram transferidos para outros municípios. Dessa forma, foram identificados 528 pacientes inscritos, no período entre janeiro de 2003 e agosto de 2008, para os quais constava registro de diagnóstico de tuberculose pulmonar. O grupo TDO contemplou 274 (51,89%) pacientes e o grupo TA registrou 254 (48,11%) pacientes.

No intuito de calcular o Risco Relativo (RR) e o Risco Atribuível (RA) à adoção ou não do TDO e do TA, e seu reflexo enquanto decisão que deve constituir fator contribuinte na geração de casos de interrupção precoce do tratamento da tuberculose (abandonos),

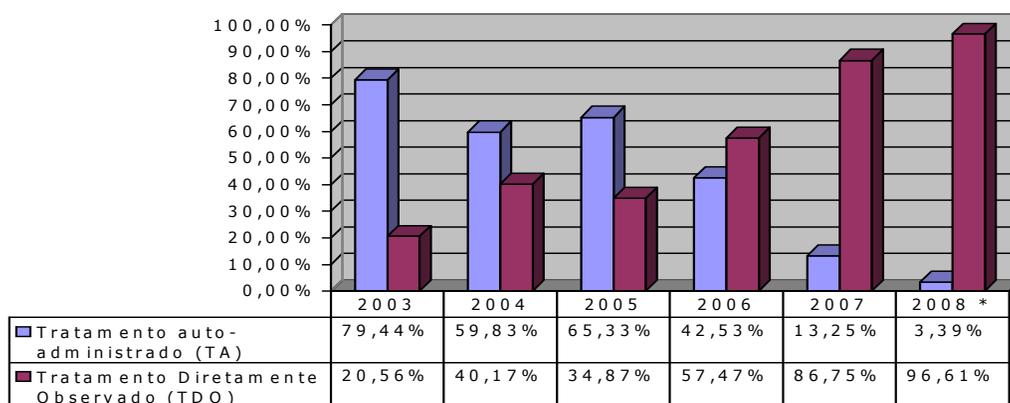
utilizamos a metodologia de estimativa do RR e do RA, conforme se preconiza a análise de estudos de Coortes⁽⁶⁾, e para tanto consideramos expostos aqueles pacientes tratados sob a metodologia TA, e não expostos os pacientes submetidos à metodologia TDO. O Projeto de Pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Paulista, com parecer favorável (Processo nº 013/09), conforme Resolução do Ministério da Saúde 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 528 pacientes inscritos, os dados sócio-demográficos mostraram que 357 (67,61%) casos eram referentes ao gênero masculino, e que 171 casos (32,39%) ao feminino, com predomínio da faixa etária entre 20 e 49 anos de idade. Demonstraram ainda que 215 pacientes, um expressivo percentual (40,72%), enquadrava-se na categoria de “trabalhadores braçais”.

No que se refere ao local de diagnóstico da tuberculose, 297 casos (56,25%) tiveram o diagnóstico confirmado em hospital ou pronto socorro; 147 (27,84%) na rede ambulatorial, e, em apenas 67 (12,69%) casos, o diagnóstico ocorreu nos centros de atenção primária (Unidades da Atenção Básica).

Figura 1- Distribuição dos pacientes com tuberculose pulmonar segundo a modalidade de acompanhamento de tratamento adotado no Município de Cubatão, período de 2003 a 2008.



Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica, Cubatão (SP), set-out, 2008.

*Dados até o mês de agosto.

Em relação à modalidade de tratamento, observa-se que 274 (51,89%) pacientes realizaram o tratamento sob a modalidade TDO e 254 (48,11%) o realizaram na modalidade TA. Durante o período estudado, verifica-se que os números de pacientes que se submeteram a TA foi maior nos primeiros

anos, até meados de 2006, quando então se observou uma inversão dessa tendência. A partir dessa época, o TDO passou a ser adotado pela maior parte, atingindo mais de 90,00% dos pacientes cadastrados no município, em 2008, conforme demonstrado na Figura 1.

Tabela 1- Distribuição dos pacientes quanto ao encerramento ou a continuidade ao tratamento, segundo a modalidade (TDO e TA), no Município de Cubatão, período de 2003 a 2008.

Grupos	Encerramento do Tratamento		Continuidade do Tratamento		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TDO	8	1,52	266	50,38	274	51,89
TA	41	7,76	213	40,34	254	48,11
Total	49	9,28	479	90,72	528	100,00

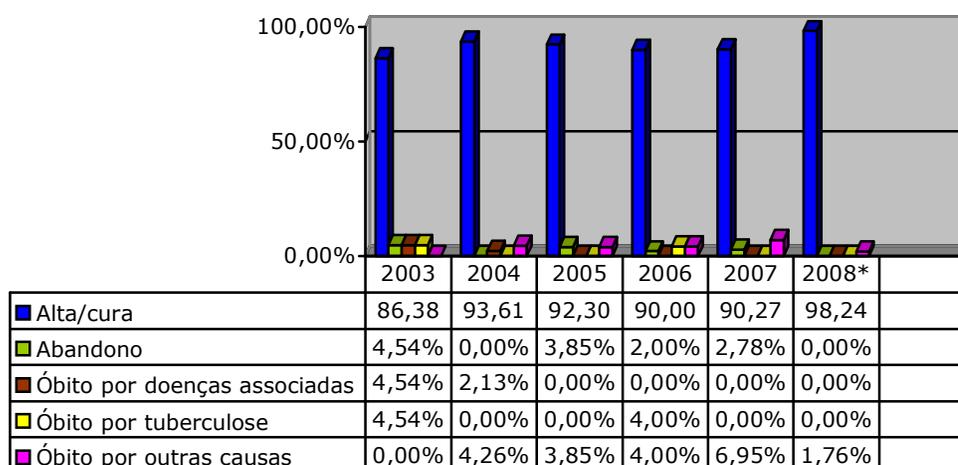
Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica, Cubatão (SP), set-out, 2008.

*Dados até o mês de agosto.

Quanto ao encerramento ou à continuidade ao tratamento, observa-se na Tabela 1 que houve 49 (9,28%) casos de encerramento antecipado, sendo este dado expressivamente maior no grupo sob TA, correspondendo a 41 casos (7,76%), e de apenas 8 (1,52%) casos no grupo TDO. Ressalta-se também que todos os encerramentos antecipados no grupo TA correspondiam a pacientes do gênero masculino e à faixa etária de 20 a 49 anos de idade, além de termos anotado que os mesmos encontravam-se desempregados. Houve pacientes que encerraram antecipadamente o tratamento e

reingressaram no Programa de Controle da Tuberculose do Município de Cubatão de forma irregular, ou seja, reingressaram sob a anotação de se tratarem de “casos novos”. Isso ocorreu em 7 casos do grupo TDO e em 30 casos do grupo de TA. Desses casos todos, registrou-se ainda o agravante de que em 8 (19,51%) o reinício do tratamento insistiu em dar-se sob a modalidade de TA, a despeito de ser conhecida a evidência de que tal modalidade estaria provavelmente contribuindo para que ocorresse novo encerramento antecipado, conforme o presente estudo vem demonstrar.

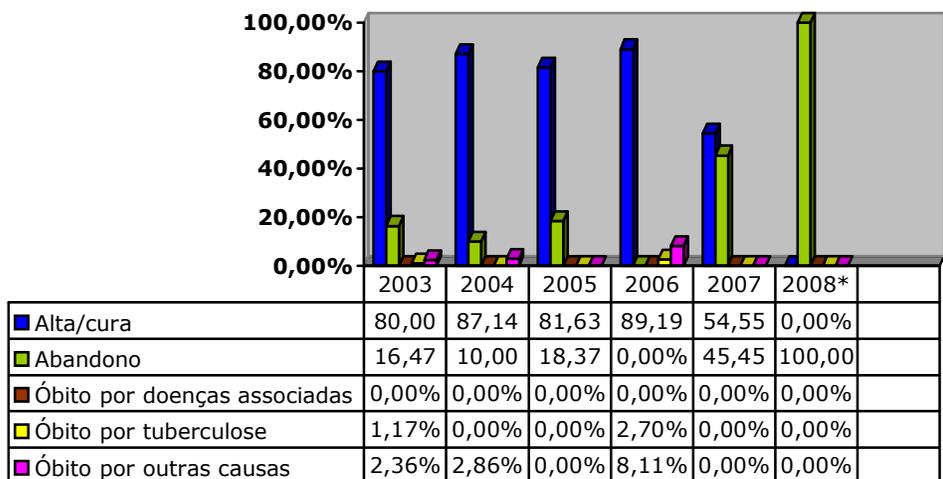
Figura 2- Distribuição dos pacientes da modalidade TDO, segundo o motivo de encerramento do tratamento, no Município de Cubatão, período de 2003 a 2008.



Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica, Cubatão (SP), set-out, 2008.

*Dados até o mês de agosto.

Figura 3 - Distribuição dos pacientes da modalidade TA, segundo o motivo de encerramento do tratamento, no Município de Cubatão, período de 2003 a 2008.



Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica, Cubatão (SP), set-out, 2008.

* Dados até o mês de agosto.

Pode-se observar a distribuição das causas de encerramento antecipado do tratamento nas figuras 2 e 3. A alta após tratamento, com registro da cura da tuberculose, foi maior para o grupo TDO, chegando a 98,24%, no ano de 2008. Já no grupo TA, não se registrou nenhum caso de cura no mesmo ano.

Quanto à causa de encerramento por abandono antecipado ao tratamento, registramos para o grupo de TDO, percentuais sempre inferiores a 5% dos casos, enquanto que para o grupo sob TA, este mesmo dado, relativo a abandonos antecipados, atingiu o percentual correspondente a 100,00%, no ano de 2008.

Quanto à causa de encerramento antecipado ao tratamento devido a óbito, foram considerados e identificados, aqueles decorrentes de diagnóstico confirmado de tuberculose, os óbitos decorrentes de tuberculose associada a outras patologias, e óbitos decorrentes de outras causas de morte. Ressaltamos ainda que dentre os óbitos que ocorreram entre os pacientes do grupo TDO, todos apresentavam registro de aspectos que nos suscitaram estranheza, como por exemplo, o registro de história de abandono

de tratamento anterior, somado a retorno na qualidade de paciente submetido ao grupo de TA.

Podemos então estimar que o Risco Atribuível (RA) à exposição do fator: autoadministrar a medicação, sem nenhuma modalidade de supervisão, e possivelmente resultar em fator contributivo ao abandono do tratamento foi de 0,13, quanto aos casos estudados.

Já quanto ao risco Relativo (RR), correspondente à estimativa da adoção de TDO ou TA, como possível fator contributivo ao abandono ao tratamento, relativizamos os coeficientes de incidência de abandono nos grupos de expostos (TA), e no de não expostos (TDO), e obtivemos um resultado muito expressivo, qual seja o de uma relação aproximadamente 5,53 vezes maior de abandonos ao tratamento no grupo de expostos, ou seja, naqueles submetidos à modalidade TA, quando relativizados ao segundo grupo, ou denominados pacientes submetidos à modalidade TDO.

Um dos aspectos que chamou a atenção neste estudo se refere ao fato de que a maioria dos casos inscritos no Programa de Controle da Tuberculose de Cubatão pertencia

ao gênero masculino (variação entre 57% e 77%, conforme o ano), o que, no entanto, coincide com o verificado em estudos de outros autores⁽⁷⁻¹⁰⁾. No Estado de São Paulo, segundo a Secretaria de Estado de Saúde, em 2007, o percentual de casos de tuberculose no gênero masculino correspondeu a 67,91%, dados estes que se assemelham àqueles encontrados no presente estudo. Assim, a distribuição dos pacientes conforme seu gênero, demonstrou ampla prevalência do sexo masculino (média=67,07%) e no decorrer de todos os anos do intervalo considerado⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Em relação à faixa etária, chamou a atenção a expressiva prevalência correspondente à população economicamente ativa (PEA), reforçando a tese de que a tuberculose, sendo doença transmissível, com decurso em geral mais longo, assemelhando-se neste aspecto àquelas de condição crônica, gera absenteísmo considerável, e consequentes perdas sócio-econômicas, além do considerável custo que acarreta para as necessárias medidas de atenção de saúde pública. No entanto, no Estado de São Paulo, certos levantamentos encontraram informações, segundo as quais cerca de 10% dos casos de tuberculose correspondiam à população com idades menores que 20 anos⁽¹³⁾.

Um aumento na participação de idosos, de 5% para 14% dos casos, é a expectativa de epidemiologistas e demógrafos⁽¹⁴⁾ para as próximas décadas, o que provavelmente deverá concorrer para agravar ainda mais os índices de letalidade da doença e, assim, seu preocupante quadro epidemiológico.

A maioria dos pacientes que abandonaram o tratamento reingressou ao Programa de Controle da Tuberculose do Município de Cubatão na categoria de “caso novo”, o que passou a comprometer sensivelmente a qualidade do acompanhamento, o risco de novo abandono e

a qualidade da informação. Acredita-se na importância de futuramente evitarmos a ocorrência de tais procedimentos e registros, uma vez que se constituem extremamente ameaçadores ao êxito do programa de controle.

A partir de 2006, o número de pacientes na modalidade de TDO superou aqueles da modalidade autoadministrado (TA), o que certamente deva ter ocorrido em função da mudança de orientação, na adoção de linha-guia do programa, realizada a partir dos gestores locais e seguindo, por sua vez, orientações regionais, estaduais e federais⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Pudemos observar que os pacientes que mais abandonaram antecipadamente o tratamento pertenciam àqueles do grupo sob TA, eram do gênero masculino, e pertenciam à faixa etária de 20 a 49 anos de idade, além de encontrarem-se desempregados. Vários artigos de fato ressaltam esses aspectos como constituindo fatores de risco associados à tuberculose⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Vale destacar que autores comentam as necessárias reorientações das atividades realizadas pelas equipes executoras do TDO no domicílio, frente a demandas ocasionadas por fatores de natureza social, cultural e econômica, como nas necessidades de reinserção dos pacientes ao mercado de trabalho e tratamento do alcoolismo. A prática do TDO associa-se à necessidade de resgate da individualidade e do conhecimento da história de vida de cada paciente, fatores estes que devem ser contemplados e também levados em consideração no processo de planejamento e implementação da assistência para o adequado desempenho das ações⁽¹⁷⁾.

Taxas de cura inferiores à meta preconizada de 85%, e de abandono superiores a 5%, demonstram a necessidade de aumentarmos a frequência e a qualidade do tratamento diretamente observado no país⁽⁵⁾.

Com a descentralização das ações de controle da tuberculose para a atenção básica

no ano de 2004, além da adoção da estratégia TDO, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose reconhece a importância de ampliarmos as ações de combate à tuberculose a todos os serviços de saúde do SUS. Portanto, visa-se à integração do controle da tuberculose com a atenção básica, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Em Cubatão, uma pesquisa mostrou que houve incremento do investimento ao Programa de Vigilância Epidemiológica e de Controle de Doenças, entre 2000 e 2004⁽²⁰⁾, o que repercutiu nos serviços, e consequentemente na disponibilidade de dados para o presente estudo. Segundo estudos publicados recentemente, a cobertura do TDO tem sido crescente no período 1998-2004, porém tem apresentado oscilações na manutenção desta mesma cobertura em vários municípios do Estado de São Paulo. Eles mostram que a cobertura do TDO não tem relação com o porte do município, uma vez que tem se mostrado heterogênea⁽²¹⁾.

A descentralização das ações de controle da tuberculose para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), consideradas as devidas portas de entrada dos sistemas municipais de saúde, tem sido dificultada pelos mesmos obstáculos interpostos à expansão da ESF.

Observa-se que fragilidades na produção do cuidado ao doente de tuberculose têm contribuído para a maior ocorrência da interrupção antecipada ao tratamento. Nesse sentido, a pouca valorização do contexto sócio-cultural do paciente para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singularizados, somada à debilidade do vínculo criado com os profissionais da equipe de ESF, além da pequena e incipiente produção de acolhimento, têm cooperado para o abandono antecipado ao tratamento da tuberculose⁽¹⁸⁾. Tais fatores provavelmente também não devem estar ausentes no município de

Cubatão, mas sua constatação deverá ser objeto de avaliações futuras, mais específicas.

Centros de atenção primária locais, preconizados pelo SUS como aqueles onde seus usuários devem buscar e receber o primeiro atendimento, e também como locais adequados para a realização do tratamento da tuberculose, por reunirem recursos estratégicos para a melhor promoção de vínculo, entre os pacientes, seus familiares e a equipe da estratégia da saúde da família (ESF), fazem permitir que o agente comunitário de saúde realize também a busca ativa dos faltosos, diminuindo as chances de abandono antecipado ao tratamento, bem como acabam por favorecer a acessibilidade, já que a unidade básica de saúde na qual as famílias estão adscritas encontra-se mais próxima das residências⁽²²⁾.

Refletir sobre a relação entre as singularidades do doente de tuberculose com história de abandono do tratamento e a atenção dispensada pela equipe de saúde da família, à luz do vínculo, implica primeiramente reconhecer a importância do delineamento de projetos terapêuticos singularizados, traduzidos como projetos de felicidade, nos quais a participação do usuário e da equipe de saúde resulta em um processo de cogestão do cuidado⁽¹⁹⁾.

O fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o doente de tuberculose favorece a produção do cuidado na perspectiva da cogestão, mediante uma relação de confiança e de partilha de compromissos. O vínculo possui uma estreita relação com a prática de cuidados, uma vez considerando que ambos promovem sintonia, troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias. O envolvimento do doente de tuberculose em todas as etapas do projeto terapêutico, bem como o estabelecimento de canais de comunicação entre esse usuário e a equipe de saúde, favorece a adesão terapêutica do doente⁽¹⁹⁾.

A introdução das atividades da estratégia do TDO no processo de trabalho em saúde dos municípios, acarretou mudanças no mecanismo de gestão e, conseqüentemente uma reformulação em sua condução, exigindo contratação de pessoal, disponibilização de recursos financeiros e incentivos para sua implantação. Nesse sentido, a municipalização dos gastos em saúde tem como contrapartida um esforço crescente, no que tange à responsabilidade do município na gestão dos recursos⁽²³⁾.

A necessidade da incorporação da pesquisa como ferramenta essencial para o controle e a melhoria dos programas de controle da tuberculose tem sido reconhecida, recomendada e fomentada por diversas instituições, como a própria Organização Mundial da Saúde, através do Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais, pelo Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, e em várias outras iniciativas nacionais⁽²⁴⁾.

A estratégia "Stop TB" da OMS foi lançada em 2006 e tem como objetivo principal reduzir a carga global de tuberculose até 2015, de acordo com os objetivos de desenvolvimento do milênio, e as metas da própria parceria "Stop TB". A estratégia inclui seis componentes, sendo um deles o de possibilitar e promover a pesquisa para a melhoria do desempenho dos programas de controle da tuberculose, e para o desenvolvimento de novas drogas, diagnósticos e vacinas^(1, 25).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo possibilitaram concluir que, dentre os 528 prontuários de pacientes analisados, a maioria pertenceu ao gênero masculino, assinalou-se predomínio da faixa etária compreendendo idades entre 20 e 49 anos e registrou-se, como

atividade profissional preponderante, a de trabalhador braçal.

Quanto ao local de diagnóstico da tuberculose, a maioria teve o diagnóstico firmado em hospital ou pronto-socorro, seguindo-se a rede ambulatorial e, só então, os centros de atenção primária.

Do total da amostra estudada, 9,28% dos pacientes encerraram o tratamento antecipadamente, sendo que na modalidade de TA, o número de encerramentos antecipados ao tratamento foi bem superior, se comparado àquele verificado para a modalidade sob TDO. Ressaltou-se também que os encerramentos antecipados ao tratamento no grupo TA pertenceram ao gênero masculino e à faixa etária de 20 a 49 anos, além de muitos encontrarem-se desempregados.

Considerando as causas de encerramento antecipado do tratamento, mais especificamente as frequências de registros de alta médica e cura, o abandono e o óbito, observou-se que a alta, com registro de cura da tuberculose, foi maior para os pacientes sob a modalidade TDO, chegando a quase 100,00% de cura no ano de 2008, enquanto que, para o grupo sob a modalidade TA, não se registrou nenhum caso de cura no mesmo ano.

Observaram-se também diferenças entre as modalidades estudadas, no que se refere ao encerramento antecipado do tratamento. Na modalidade sob TDO, o máximo registrado foi de 4,54% desses casos, no ano de 2003, enquanto que na modalidade sob TA, esse dado atingiu 100,00% dos casos, no ano de 2008.

Quanto à causa de encerramento do tratamento devido a óbito, foi observada a distribuição dos registros, considerando exclusivamente aqueles com diagnóstico de tuberculose, de tuberculose associada a outras patologias e de registros de óbitos decorrentes de outras causas. Nesse sentido,

chamaram a atenção os dados referentes aos registros de óbitos decorrentes de outras causas, que na modalidade sob TDO representaram 6,95% dos óbitos, em 2007, enquanto que se observou 8,11% dentre os óbitos de 2006, associados aos casos sob TA. Reconhecemos que esta categorização deveria ser melhor esclarecida, com vistas à qualidade das informações.

Este estudo pode contribuir para demonstrar maior efetividade do tratamento, quando o mesmo ocorre na modalidade TDO, que compõe um dos procedimentos da estratégia DOTS.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- 2- World Health Organization. Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 3- Secretária de Estado da Saúde (SP). Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de Controle da Tuberculose. Tuberculose em números. 2010. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/tuberculose>
- 4- Ruffino-Netto A, Villa TCS. Tuberculosis Treatment - DOTS implementation in some regions of Brazil. Background and regional features. Brasília: Pan American Health Organization; 2007.
- 5- Frieden TR, Sbarbaro JA. Promoting adherence to treatment for tuberculosis: the importance of direct observation. Bull World Health Organ 2007;85(5):407-409.
- 6- Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. 4 ed. Medsi: Rio de Janeiro; 1993.
- 7- World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the WHO recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva: WHO; 1999.
- 8- Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. Cad. Saúde Pública 2008;24(1):173-182.
- 9- Teixeira MB, Prates JG, Almeida JG. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem. HC Enfermagem 1998;3(3/4): 8-10.
- 10- Martinez AN, Rhee JT, Small PM, Behr MA. Sex differences in the epidemiology of tuberculosis in San Francisco. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;4(1):26-31.
- 11- Nogueira PA, Malucelli MIC, Abrahão RMCM, Almeida MMM. Avaliação das informações de tuberculose (1989 -1999) de um Centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo. Rev. bras. epidemiol. 2001;4(2):131-139.
- 12- Romeu G, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública 2007;23(3):565-574.
- 13- Watanabe A, Ruffino-Netto A. O perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados em hospital terciário. Bol. Pneumol. Sanit. 2001;9(1):19-34.
- 14- Chaimowicz F. Transição etária da incidência e mortalidade por tuberculose no Brasil. Rev.Saúde Pública 2001;35(1):81-87.
- 15- Singla R, Sarin R, Khalid UK, Mathuria K, Singla N, Jaiswal A, et al. Seven-year DOTS-Plus pilot experience in India: results, constraints and issues. Int J Tuberc Lung Dis. 2009;13(8):976-981.
- 16- Motta MCS, Villa TCS, Golub J, Kritski AL, Ruffino-Netto A, Silva DF, et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. Int J Tuberc Lung Dis. 2009;13(9):1137-1141.
- 17- Gonzáles RIC, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A. Desempenho de

serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. Rev. esc. enferm. USP 2008;42(4):628-34.

18- Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, González RIC, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. Rev. Saúde Pública 2009;43(5):825-831.

19- Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP 2010; 44(4):904-910.

20- Colaiacovo IAL. Gestão descentralizada da atenção básica em saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2006.

21- Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcênio RA, González RIC, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). Rev. Esc. Enferm. USP 2008;42(1):98-104.

22- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n.º17: Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

23- Sá LD, Andrade MN, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo TMR, Queiroga RP, et al. Implantação da Estratégia DOTS no Controle da TB na Paraíba: Entre o Compromisso Político e o Envolvimento das Equipes do Programa Saúde da Família (1999-2004). Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2725

24- World Health Organization. The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria. Framework for Operations and Implementation Research in Health and Disease Control Programs. Geneva: The Global

Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria; 2008.

25- World Health Organization. The Stop TB Strategy - Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2006.

NOTA: Artigo elaborado a partir do trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Paulista - Santos, 2008.

Recebido em: 10/03/2011

Versão final reapresentada em: 13/06/2011

Aprovado em: 20/06/2011

Endereço de correspondência

Ana Lúcia De Mattia

Rua Aquiles Lobo, 314, apto 04, bairro Floresta, CEP: 30150-160,

Belo Horizonte/MG - Brasil

E-Mail: almattia@uol.com.br