

A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

THE IMPORTANCE OF PROGRAMMATIC HEALTH ACTIONS IN TUBERCULOSIS CONTROL: EXPERIENCE OF A PRIMARY HEALTH CARE SERVICE IN PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL

Camila Furtado de Souza, Ângela Jornada Ben,
Silvete Maria Brandão Schneider, Bianca Peixoto Nascimento,
Cristina Rolim Neumann, Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira

Clin Biomed Res. 2014;34(2):175-183

Serviço de Atenção Primária à Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brazil.

Autor correspondente:

Camila Furtado de Souza.
E-mail: kmilafurtado@yahoo.com.br
Porto Alegre, RS, Brazil

RESUMO

INTRODUÇÃO: A tuberculose merece especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade. Entretanto, os serviços de saúde não estão organizados para atender esses pacientes, e a prevalência da doença permanece alta no país. O objetivo deste estudo é demonstrar o papel da Atenção Primária na melhora dos indicadores da Tuberculose a partir de ações programáticas estruturadas.

MÉTODOS: Dados de pacientes com diagnóstico de TB vinculados à Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, atendidos nos serviços de saúde do município, foram analisados e comparados antes (2002 a 2008) e depois (2009 a 2012) da implantação de um Programa de Controle de Tuberculose. Os indicadores analisados têm base nas metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde.

RESULTADOS: Cento e quarenta pacientes tiveram Tuberculose entre 2002 e 2012: 94 no período pré-implantação do Programa e 46 após. Com o Programa, o número anual de sintomáticos respiratórios rastreados e de pacientes diagnosticados com Tuberculose cresceu. Aumentou o diagnóstico de Tuberculose nos serviços de atenção primária de 4,3% (n = 4) para 39,1% (n = 18), ($p < 0,001$); e houve melhora das taxas de cura (de 78,2% para 85,7%) e abandono (de 9,3% para 9,1%).

CONCLUSÃO: Nosso estudo demonstrou que após a implantação do Programa de Controle de TB no Serviço de APS do HCPA houve melhora nos índices de diagnóstico da doença, nas taxas de cura e abandono, tendo sido atingida a meta de cura preconizada pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; tuberculose; tratamento

ABSTRACT

INTRODUCTION: Tuberculosis deserves special attention from health professionals and society. However, health services are not organized to attend these patients, and the prevalence of the disease remains high in the country. The objective of this paper is to demonstrate the role of primary care in improving tuberculosis indicators with structured programmatic actions.

METHODS: Data from patients diagnosed with tuberculosis linked to the Primary Health Care Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, attended in the health care services of the city, were analyzed and compared before (2002-2008) and after (2009-2012) the implementation of a Tuberculosis Control Program. The indicators were analyzed based on the goals established by WHO.

RESULTS: One hundred and forty patients had tuberculosis between 2002 and 2012, 94 before the implementation of the Program and 46 after. With the Program, the annual number of tracked respiratory symptomatic patients and patients diagnosed with tuberculosis increased. Also, the diagnosis of tuberculosis in primary care services increased from 4.3% (n = 4) to 39.1% (n = 18) (p < 0.001); and there was an improvement in cure (78.2% to 85.7%) and therapy dropout (9.3% to 9.1%) rates.

CONCLUSION: Our study showed that, after implementation of the Tuberculosis Control Program in the Primary Health Care Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, there was improvement in diagnosis of the disease, cure and treatment dropout rates, which have reached the cure rate goal established by the Ministry of Health.

Keywords: Primary health care; tuberculosis; treatment

A tuberculose (TB) era a doença infectocontagiosa de maior mortalidade até o final do século XIX e meados do século XX. Com a aplicação da quimioterapia, de forma ordenada e em programas organizados, conseguiu-se melhorar a situação, mas nunca a doença esteve sob total controle nos países em desenvolvimento¹⁻³. Hoje, verifica-se o maior número de casos de TB de toda a história da humanidade⁴⁻⁶, apesar da doença ser curável há mais de 50 anos^{7,8}.

No Brasil a TB está muito longe de ser considerada controlada e, em alguns locais, como no Rio Grande do Sul, ocorreu incremento de casos a partir do ano de 1992. Em 2010, a taxa de incidência da doença no estado era de 44,8/100.000 habitantes, a 5ª pior entre os estados do país. A maioria dos casos se concentra em Porto Alegre, a capital brasileira com a pior taxa de incidência da doença (109,4/100.000 habitantes, no mesmo ano)⁹. O Rio Grande do Sul destaca-se ainda no cenário nacional por sua alta taxa de co-infecção TB-HIV, que gira em torno de 20% no Estado e 35% na Capital, enquanto no Brasil essa taxa não passa de 10%¹⁰. Contribuem para esses dados, não só no estado, mas em âmbito mundial, as desigualdades sociais, a insuficiência de pesquisas visando o desenvolvimento de novos tratamentos e vacinas, os fluxos migratórios, a alta prevalência dos casos de TB resistente a múltiplas drogas, a associação da doença à infecção pelo HIV e as deficiências dos sistemas de saúde. Mesmo nos países mais desenvolvidos a TB ainda é um problema quase

restrito aos imigrantes dos países pobres e outras populações marginalizadas¹¹.

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) têm entre as suas atribuições a abordagem de pacientes com TB dentro de suas áreas geográficas de atuação, desde a suspeita clínica, passando pela investigação diagnóstica e acompanhamento dos casos confirmados¹². Entretanto, os Programas de Controle da TB, nas três esferas de governo têm tido grande dificuldade na descentralização das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB para a APS devido a vários motivos, entre eles a desorganização do sistema de saúde, a multiplicidade de atividades já desenvolvidas por esses profissionais e a falta de capacitação adequada para atuarem no controle de uma doença que é quase de competência exclusiva das Unidades de Referência em TB dentro de cada Município^{1,11,12}.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência de um Serviço de APS do município de Porto Alegre/Rio Grande do Sul - Brasil na organização de uma linha de cuidado para indivíduos com suspeita e diagnóstico de TB e seus contatos, e demonstrar a importância da APS na melhora dos indicadores de controle da doença.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento de um quase-experimento.

O estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

(UBS HCPA). Esta UBS é vinculada ao HCPA, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e também está integrada à rede municipal de saúde de Porto Alegre, na Gerência Distrital Centro. A área de abrangência da UBS HCPA tem uma população de cerca de 40.000 pessoas, delimitada pelos bairros Petrópolis, Jardim Botânico, Santana, Santa Cecília e Rio Branco em Porto Alegre.

O Programa de Controle da TB da UBS HCPA foi implantado em junho de 2008, com o objetivo de descentralizar a estratégia de controle da TB - fortalecendo o papel da APS; facilitar o acesso à população; ampliar o diagnóstico precoce; fornecer tratamento aos pacientes com TB e seus contatos; melhorar as redes e fluxos de atendimento, e investigação e as ações para controle da infecção; facilitar a vigilância dos casos de TB, dos seus contatos e de pacientes em risco para a doença, visando o aumento das taxas de cura e redução do abandono do tratamento na sua área de abrangência. Antes da implantação do Programa, não havia registros organizados nem controle de pacientes com TB da área de abrangência da UBS.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes pertencentes à área de abrangência da UBS HCPA com: a) suspeita de TB pulmonar ou Sintomáticos Respiratórios (SR) atendidos entre 2008 e 2012 e registrados no livro de registro dos SR da UBS HCPA; b) com Infecção Latente por TB (ILTb) notificados na UBS HCPA por receberem tratamento com isoniazida entre 2008 e 2012; c) diagnóstico de TB pulmonar ou extra-pulmonar notificados na UBS HCPA ou em outros serviços de saúde, no período 2002 a 2012. O período foi escolhido em função da disponibilidade dos registros de notificação na Vigilância Epidemiológica do Estado e dos livros verde de registro da UBS HCPA que são livros fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) para controle dos SR (pacientes com tosse com ou sem expectoração por mais de 3 semanas) e dos pacientes com diagnóstico de TB.

Os dados avaliados foram coletados a partir: a) do livro de registro do acompanhamento dos SR atendidos na UBS HCPA; b) das fichas de notificação dos pacientes que realizaram tratamento para ILTB; e c) das fichas de notificação dos pacientes com diagnóstico de TB pulmonar e extra-pulmonar e do livro de registro do acompanhamento de pacientes com TB da UBS HCPA.

A análise comparativa dos dados é subdividida em período pré-implantação do Programa da TB na UBS HCPA (de 2002 a 2008) e o período pós-

implantação do Programa (de 2009 a 2012) e leva em consideração o número total de pacientes pertencentes à área de abrangência da UBS HCPA e o tipo de serviço (de Atenção Primária, de Atenção Secundária ou de Atenção Terciária) que esses pacientes utilizaram para o primeiro atendimento e diagnóstico da doença nesses dois períodos.

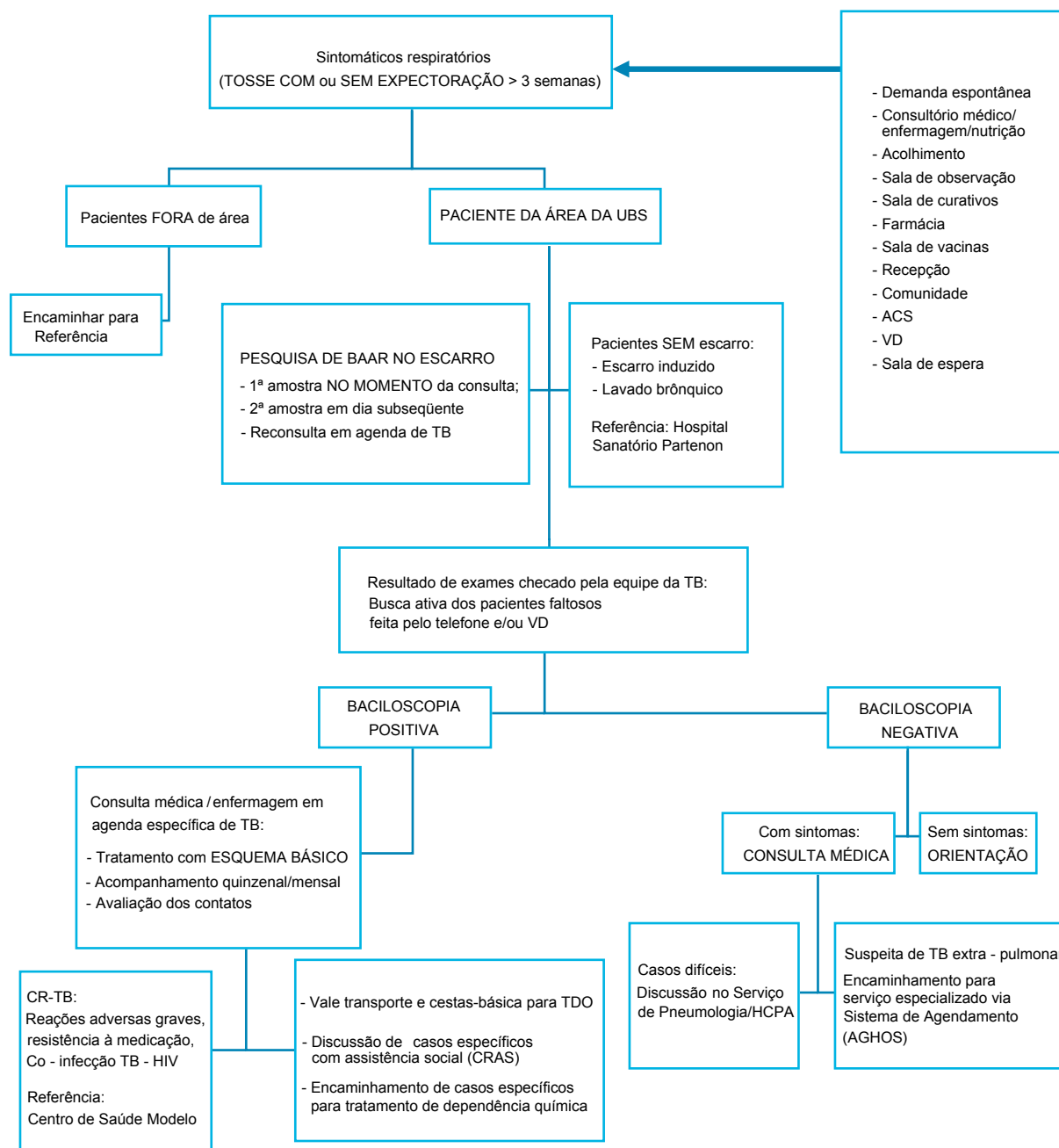
O programa SPSS 18.0 foi utilizado para análise da frequência das características dos pacientes com TB, das taxas de cura e abandono da doença e da taxa de diagnóstico em Serviços de Atenção Primária, comparando os dois períodos. A análise estatística foi realizada com teste qui-quadrado para variáveis categóricas e teste T para variáveis contínuas e um $p < 0,05$ foi considerado significativo.

As metas internacionais de controle da doença estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pactuadas pelo governo brasileiro são de: detectar 70% dos casos de TB estimados para a região, curar pelo menos 85% dos casos novos de TB bacilífera e reduzir as taxas de abandono ao tratamento para $\leq 5\%$. A meta de SR, de baciloscopias que devem ser realizadas e de pacientes com diagnóstico de TB da área de abrangência é estabelecida através de uma matriz programática do MS, que leva em consideração a incidência da doença no município nos últimos 3 anos e a população da área de abrangência da UBS HCPA¹². Segundo a matriz, o número de SR estimado para a área de abrangência da UBS HCPA é de 400 pacientes por ano (1% da população), e o número de baciloscopias que devem ser realizadas é de 800 baciloscopias ao ano.

Considera-se a cura para aquele paciente que: a) quando bacilíferos completam o tratamento medicamentoso e apresentam duas baciloscopias negativas (cura bacteriológica comprovada); b) quando não bacilíferos ou com TB extrapulmonar completam o tratamento e apresentam melhora com base em critérios clínicos, radiológicos e outros exames complementares. Para aqueles pacientes com TB bacilífera que não realizaram o exame de escarro por ausência de expectoração considera-se a cura também com base em dados clínicos e exames complementares (cura clínica não comprovada bacteriologicamente). É considerado abandono quando o doente deixou de comparecer à UBS por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno; nos casos de Tratamento Diretamente Observado (TDO), o prazo de 30 dias conta a partir da última tomada da droga¹³.

O fluxo de atendimento estabelecido pelo Programa parte da busca ativa do SR. A equipe do Programa de Controle da TB da UBS HCPA — composta por uma médica de família e comunidade e enfermeira capacitadas na abordagem da TB em APS e duas técnicas de enfermagem — estruturou

um fluxo de atendimento que parte dos pacientes SR — estratégia recomendada pelo MS — e com suspeita de TB na UBS HCPA, que foi incorporado pelo restante da equipe durante os atendimentos, após discussão e capacitação em reunião de equipe (Figura 1).



TB: tuberculose, ACS: agente comunitário de saúde, VD: visita domiciliar, TDO: tratamento diretamente observado, CRAS: centro de referência de assistência social, CR-TB: Centro de Referência de Tuberculose. *Sala de observação: sala de procedimentos como medida de PA e HGT, medicações injetáveis e onde ficam pacientes em observação.

Figura 1: Fluxograma de busca e avaliação do sintomático respiratório da UBS.

Todos os pacientes SR que chegam à UBS HCPA e que pertencem a sua área de abrangência são orientados a coletar duas amostras de escarro para pesquisa de BAAR. A primeira é coletada na própria UBS, sob orientação da técnica de enfermagem, conforme protocolo do MS¹²; a segunda deve ser levada até a UBS HCPA na manhã seguinte pelo paciente. Os pacientes com diagnóstico de TB são acompanhados em agenda específica (de consultas médicas e de enfermagem), têm prontuários individuais específicos para o acompanhamento da doença, recebem tratamento com Esquema Básico (4 meses de RHZE + 2 meses de RH) — que é fornecido na farmácia da UBS HCPA, e passam por uma consulta que inclui, além do exame clínico, avaliação de suas condições sócio-econômicas, adições e comorbidades. Todos os pacientes recebem aconselhamento para realização do teste anti-HIV no laboratório ou por testagem rápida, conforme recomendação do MS. O livro de registro e acompanhamento dos casos de TB é utilizado na UBS para controle desses pacientes. As consultas médicas e de enfermagem são intercaladas mês a mês visando o cuidado integral desses pacientes.

Para todos os pacientes com TB com perfil de maior vulnerabilidade para o abandono do tratamento (ex.: usuários de álcool/drogas, portadores de HIV, aqueles que retomam o tratamento por recidiva ou abandono) é oferecido o TDO diário na UBS HCPA.

Durante a consulta dos pacientes com TB bacilífera são listados todos os contatos desses pacientes e agendada consulta para a avaliação de todos aqueles que também pertencerem à área de abrangência. Os demais são orientados a buscarem a sua UBS de referência. O tratamento da ILTB com isoniazida também é fornecido na farmácia da UBS e é prescrito, nos casos indicados, conforme as recomendações do protocolo do MS¹².

Para o atendimento, investigação e manejo adequados dos pacientes SR e dos casos de TB, foi articulado com os serviços de referência do município de Porto Alegre (no caso da UBS HCPA, o Hospital Sanatório Partenon e o Centro de Saúde Modelo) o acesso facilitado desses pacientes para avaliação complementar diagnóstica e para avaliação e acompanhamento dos casos de co-infecção TB-HIV, de resistência antimicrobiana ou de efeitos adversos graves ao Esquema Básico. Também foi articulado com o Serviço de Pneumologia do HCPA, discussões de casos clínicos onde há dificuldade no manejo pela equipe de TB da APS. Os serviços de

assistência social do município, também são mais facilmente acionados, nos casos indicados.

Além dos fluxos de atendimento, são organizados pela equipe do Programa de TB da UBS atividades de educação continuada sobre a doença, numa tentativa de educar e capacitar continuamente a equipe da UBS (local com alta rotatividade de profissionais, residentes de medicina e alunos de vários cursos de graduação) para o rastreamento adequado e abordagem de paciente com diagnóstico ou em risco para TB.

RESULTADOS

Cento e quarenta pacientes da área de abrangência da UBS HCPA foram diagnosticados com TB (pulmonar ou extra-pulmonar) entre o período de 2002 e 2012: 94 foram diagnosticados no período pré-implantação do Programa de TB e 46 diagnosticados no período pós-implantação. As características clínicas dos pacientes estão descritas na Tabela 1.

Essa tabela mostra também a diminuição do percentual de testes anti-HIV não realizados nos períodos pré e pós-implantação do Programa de TB, de 16% (n = 15) para 4,3% (n = 2), p = 0,114.

Tabela 1: Características dos pacientes com Tuberculose da Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2002 a 2012).

Característica	2002 a 2008 (n = 94)	2009 a 2012 (n = 46)	Total (n = 142)
Idade	50,1 ± 16,8	43,4 ± 18,1	47,8 ± 17,4
Homens	60,6% (57)	52,2% (24)	59,1% (88)
Tempo de observação	6 anos	4 anos	10 anos
Anos de estudo	9,3 ± 4,8	9,2 ± 4	9,2 ± 4,6
Branco	79,3% (73)	73,9% (34)	76,4% (107)
Gestantes	-	2,2% (1)	2,6% (1)
Ocupação			
Desempregados	12,1% (4)	18,2% (8)	15,6% (12)
Aposentados	12,1% (4)	13,6% (6)	13% (10)
Tipo de entrada			
Caso Novo	92,6% (87)	78,3% (36)	86,6% (123)
Recidiva	3,2% (3)	8,7% (4)	5,6% (8)
Reingresso após abandono	3,2% (3)	8,7% (4)	5,6% (8)
Transferência	1,1% (1)	4,3% (2)	2,1% (3)
Forma Clínica			
Pulmonar	56,4% (53)	58,7% (27)	57,7% (80)
Extrapulmonar	36,2% (34)	34,8% (16)	35,2% (50)
Pulmonar + Extrapulmonar	7,4% (7)	6,5% (3)	7% (10)
Teste anti-HIV			
Positivo	27,7% (26)	26,1% (12)	28,2% (40)
Não realizado	16% (15)	4,3% (2)	12% (17)

A comparação dos dados pré e pós-implantação do Programa de TB mostrou que a porcentagem de pacientes com diagnóstico de TB que realizou pelo menos uma baciloscopia aumentou de 57,4% (n = 54) no período pré-implantação para 82,7% (n = 38) no período pós-implantação (p = 0,008). Também aumentou significativamente no período pós-implantação o diagnóstico de TB nos serviços de atenção primária de 4,3% (n = 4) para 39,1% (n = 18), e nos hospitais terciários de 26,9% (n = 25) para 52,2% (n = 24) (p < 0,001); e diminuiu o percentual de diagnósticos realizados em ambulatórios de especialidades de 68,8% (n = 64) para 8,7% (n = 4)

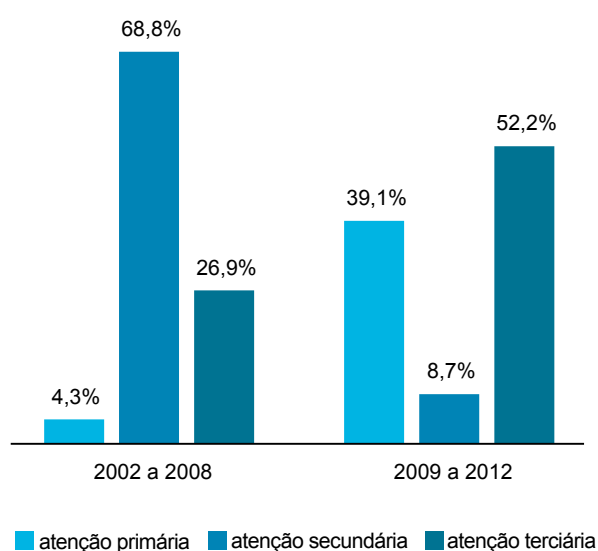


Figura 2: Local de diagnóstico da Tuberculose antes e depois da implantação do Programa de Controle da Tuberculose na UBS HCPA.

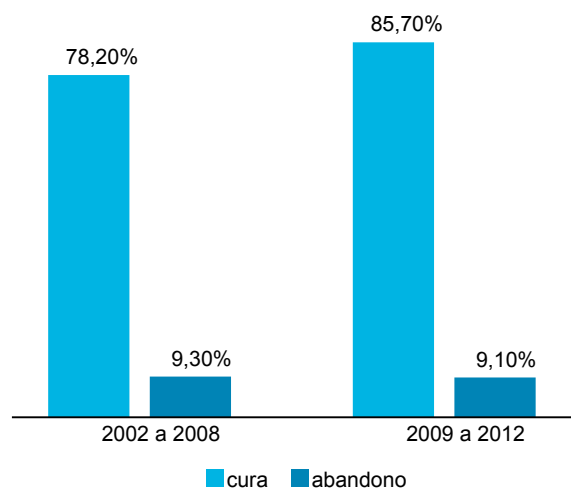


Figura 3: Taxas de cura e abandono antes e depois da implantação do Programa de Controle da Tuberculose na UBS HCPA.

(p < 0,001) (Figura 2). Houve melhora também das taxas de cura (de 78,2% para 85,7%) e das de abandono (de 9,3% para 9,1%) (figura 3).

Após a implantação do programa, dos 27 pacientes diagnosticados com TB pulmonar, 16 (59,3%) foram diagnosticados na UBS HCPA; 2 (7,4%) nos ambulatórios de tisiologia e 9 (33,3%) em hospitais terciários (p = 0,004). Isso quer dizer que 59,3% dos pacientes pertencentes à área de abrangência da UBS HCPA que apresentaram sintomas respiratórios procuraram atendimento no seu serviço de atenção primária de referência. Dos 16 pacientes com TB extra-pulmonar, 14 (87,5%) foram diagnosticados em nível hospitalar demonstrando a dificuldade de acesso desses pacientes ao diagnóstico dessa forma da doença em outros níveis de atenção.

Entre 2009 e 2012 foram avaliados 539 pacientes SR na UBS HCPA. O número anual de SR rastreados pela equipe aumentou de 73 para 131 e o número de pacientes diagnosticados com TB aumentou de 5 para 14, com a implantação e fortalecimento do programa entre 2009 e 2012, respectivamente. O número de pacientes em tratamento para ILTB teve pouca variação ao longo do tempo (de 4 para 6).

Além disso, com o fortalecimento do programa, a capacitação periódica de toda a equipe e a articulação com Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, melhores condições de diálogo foram estabelecidas para que os pacientes façam a investigação necessária e o tratamento completo da TB: TDO, disponibilização de vale-transporte e cestas-básicas; acesso à assistência social; melhora nos fluxos de atendimento; maior suporte dos serviços de referência e do Serviço de Pneumologia do HCPA; abordagem e acesso ao tratamento da dependência química e da co-infecção pelo HIV; implantação do teste rápido para HIV e melhorias nas relações entre UBS, abrigos e presídios - articulação que não havia anteriormente.

DISCUSSÃO

O Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) tem se estruturado para o desenvolvimento de estratégias relacionadas à descentralização e horizontalização das ações de prevenção, vigilância e controle¹¹. Tal abordagem visa cumprir as metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro, de detectar 70% dos casos de TB estimados, curar pelo menos 85% dos casos novos de TB bacilífera e reduzir as

taxas de abandono ao tratamento para $\leq 5\%$ ^{11,12}. No Rio Grande do Sul, as taxas de cura estão em torno de 65% e as de abandono em 11%. Em Porto Alegre, as taxas de cura e abandono chegam a 69% e 16%, respectivamente, indicadores esses que são piores do que a média nacional¹⁴.

A capacitação da equipe da UBS HCPA, as atividades comunitárias de educação em saúde realizadas, e a atenção organizada pelo Programa aos pacientes SR e àqueles com TB, permitiu que os índices de diagnóstico da doença na APS melhorassem de 4,3% para 39,1%, antes e após a implantação do Programa de TB. Da mesma forma, com a organização e implantação do Programa de Controle da TB na UBS HCPA, a partir de uma linha de cuidado bem estruturada, este serviço de APS atingiu uma taxa de cura de 85,7% e de abandono de 9,1% para os pacientes com TB acompanhados, tendo sido atingida a meta de cura preconizada pelo Ministério da Saúde. Com relação às taxas de abandono, observou-se que os 3 pacientes que abandonaram o tratamento proposto pela equipe (incluindo TDO) têm o perfil característico de pacientes que não aderem ao tratamento (usuários de drogas e moradores de rua); dado que reforça a necessidade de abordagem diferenciada para esse grupo na rede de atenção à TB^{14, 15}.

Esses dados mostram a importância da APS no controle da TB e a real possibilidade das metas de controle da doença serem atingidas a partir de ações programáticas bem estruturadas. Reforçam também a importância do treinamento continuado e estabilidade da equipe e da longitudinalidade da atenção para manutenção de bons resultados. Em Porto Alegre, entretanto, o processo de descentralização da atenção à TB ainda não ocorreu. O tratamento com Esquema Básico ainda não está disponível em todas as UBS e as equipes de saúde não estão adequadamente capacitadas para esse atendimento. Além disso, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, bem como a disparidade entre os diferentes tipos de serviços de APS disponíveis no município, contribuem para que a cidade mantenha os piores índices do país relacionados à doença. Com relação aos serviços de atenção secundária, os ambulatórios de fisiologia, que antes eram de fácil acesso para qualquer paciente, são agora Centros de Referência para TB que atendem casos de TB de maior gravidade e complexidade e casos de co-infecção TB-HIV, encaminhados pela UBS de referência.

No Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) - outro serviço

de APS de referência do município de Porto Alegre - a trajetória no que se refere às questões relacionadas à TB iniciou em 2002, com a descentralização do atendimento de pacientes com TB para quatro UBS, sendo que em 2007 todas as doze unidades já desenvolviam ações preconizadas pelo Programa de Controle da TB, também em parceria com o Serviço de Pneumologia do GHC e com serviços de referência do município. No SSC do GHC, o processo de descentralização do cuidado da doença também trouxe bons resultados: aumento de casos diagnosticados e acompanhados pelas UBS entre 2006-2008; aumento da identificação do número de casos de TB nas áreas de abrangência das 12 UBS, passando de 33% (2006) para 61% (2008) dos casos identificados no território; aumento do número de casos tratados e acompanhados pelas UBS de 30% para 62,5% no mesmo período; aumento na proporção de curas e redução de óbitos¹. Da mesma forma como em nosso serviço, a implantação do programa provocou melhora nos resultados dos indicadores de TB na área de abrangência do GHC mas não modificou o percentual de abandono.

No município de Bagé/ RS, a busca ativa de qualidade pelas equipes de APS permitiu o cumprimento das metas de SR avaliados no período de 2003-2004¹⁶. No Rio de Janeiro/ RJ, como exemplo bem sucedido de ação governamental que implicou na redução dos índices de TB, a comunidade da Rocinha, cuja taxa de incidência era de 621/100.000 habitantes em 2002, obteve uma redução para 380/100.000 habitantes em 2009, como consequência de intervenções locais como a implantação da estratégia de TDO num modelo baseado no programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a busca ativa de casos¹⁷. Estudos realizados em Belo Horizonte/ MG¹⁸ e em Pelotas/ RS¹⁹, onde as taxas de abandono são de 20 e 31%, respectivamente, descreveram os principais fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB, e demonstraram que o controle da TB depende também de melhoria dos fatores associados aos serviços de saúde, tais como: sistema de informação confiável, ampliação dos atendimentos descentralizados que possibilitem a implementação do TDO, capacitação dos profissionais e fortalecimento do trabalho em equipe, e otimização da referência e contra-referência.

Apesar da melhora de alguns indicadores após a implantação do Programa de Controle de TB no Serviço de APS do HCPA, os números ainda estão aquém do previsto para a área de abrangência da UBS. Embora o número de SR captados tenha

aumentado, esse número deveria estar em torno de 400 pacientes por ano. O número de baciloscopias realizadas, apesar de ter aumentado, também ainda é baixo (a meta é de 800 baciloscopias/ano), demonstrando que ainda há falhas no rastreamento do SR. Uma das razões para essas metas não terem sido atingidas poderia ser a menor taxa incidência de TB na Gerência Centro de Porto Alegre, local onde a UBS HCPA se encontra, em comparação com as demais gerências distritais do município. A incidência de TB em Porto Alegre chegou a 110,3/100.000 hab em 2011. Na Gerência Centro esse número foi de 83,1/100.000, e na Gerência Partenon/ Lomba do Pinheiro, a região com maior incidência de TB em Porto Alegre, esse número alcançou 143,4/100.000 hab no mesmo ano²⁰. Nesse sentido, as metas podem ser repensadas para a realidade da prevalência local da doença.

Há falhas também no rastreamento da co-infecção TB-HIV. Apesar das taxas de co-infecção serem extremamente altas em Porto Alegre, o exame ainda é pouco oferecido aos pacientes com diagnóstico de TB do município. Dos 46 pacientes diagnosticados com TB após implantação do Programa, apenas 2 pacientes não realizaram o teste anti-HIV. Esses dois casos se referem a pacientes que foram transferidos para o presídio central e o exame, apesar de solicitado, não foi realizado. O acesso que o município hoje oferece ao teste rápido do HIV talvez possa melhorar esses dados de forma geral em conjunto com a implantação de Programa para TB nas demais UBS.

Além do cumprimento das metas, alguns fluxos ainda precisam ser aperfeiçoados para melhorar a qualidade dos serviços prestados, tais como o acesso à assistência social e aos serviços de tratamento de dependência química; e outros devem ser mais bem definidos, tal como o acesso de pacientes com suspeita de TB extra-pulmonar aos ambulatórios de especialidades, já que está claro que esses pacientes ainda possuem grandes dificuldades para o diagnóstico da doença nos serviços de saúde do município.

O tratamento da ILTB também precisa ser mais sistemático e bem estruturado. Questões relacionadas ao número de pacientes infectados e suscetíveis, duração do tratamento e acompanhamento e recursos humanos disponíveis para vigilância são fatores que limitam a busca ativa desses casos. A equipe prioriza o tratamento dos contatos de bacilíferos, de pacientes em uso de drogas imunossupressoras e principalmente de pacientes com HIV. Especialmente

em pacientes HIV positivos com teste tuberculínico positivo, essa intervenção mostrou redução de 62% de casos de TB ativa e de 26% na mortalidade desses pacientes em estudos prévios²¹.

Avanços significativos puderam ser comprovados após a implantação do PNCT, como melhoria nos registros, nas notificações, nas técnicas laboratoriais de diagnóstico da TB, no acesso aos medicamentos, na estratégia do TDO, nos indicadores de cura e abandono, nas campanhas nacionais na mídia, no acesso ao exame anti-HIV (inclusive através do teste rápido). Entretanto, a descentralização das ações de controle da TB, grande eixo estratégico do PNCT, avançou pouco, mostrando a necessidade da continuidade dos encaminhamentos políticos e institucionais para sua plena efetivação¹¹.

Apesar dos indicadores positivos, a endemia segue como grande problema em saúde pública, atingindo principalmente as populações de maior vulnerabilidade social. Esse cenário reflete também a necessidade de estratégias de promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida de segmentos da população, associadas às estratégias já em execução. Além disso, o trabalho de equipes fixas, coesas e bem capacitadas, com o suporte de uma ação programática tem melhores condições de avaliar continuamente a resolutividade de suas ações no controle desse agravo. O monitoramento contínuo e a devolução dos resultados das ações às equipes são fundamentais para o estímulo ao trabalho, para a avaliação sistemática e para a qualificação das práticas nos serviços de saúde. A mudança no paradigma da linha de cuidado de indivíduos com TB é fundamental para o controle definitivo da doença¹.

Em síntese, nosso estudo demonstrou que após a implantação do Programa de Controle de TB no Serviço de APS do HCPA houve melhora nos índices de diagnóstico da doença, nas taxas de cura e abandono, tendo sido atingida a meta de cura preconizada pelo Ministério da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo apoio à implantação do Programa de TB no Serviço de APS e aos recursos que proporciona; ao Serviço de Pneumologia do HCPA pelo apoio integral nas discussões e abordagem de casos clínicos; e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, seus professores e alunos que dão suporte para as atividades comunitárias e científicas realizadas pelo Programa, que também está organizado sob a forma de extensão universitária.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição. Centro Federal de Ensino e Pesquisa em Saúde, Serviço de Saúde Comunitária. Tuberculose na atenção primária à saúde. 1ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.
2. Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. Rev Saúde Pública. 2007;41:89-94.
3. Campos R, Pianta C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul – Brasil. Bol da Saúde. 2001;15.
4. Raviglione MC, Snider DE Jr, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis. JAMA. 1995;273:220-6.
5. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013. Geneva. 2013.
6. Piller RVB. Epidemiologia da tuberculose. Pulmao RJ. 2012;21:4-9.
7. Fox W, Ellard GA, Mitchison DA. Studies on the treatment of tuberculosis undertaken by the British Medical Research Council Tuberculosis Units, 1946–1986, with relevant subsequent publications. Int J Tuberc Lung Dis. 1999;3:S231-79.
8. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scaten LM, Gonzáles RIC, Nogueira JA, Oliveira AR, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. Rev Saúde Pública. 2009;43:825-31.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de situação Rio Grande do Sul. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [accessed 2013 nov 22]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_rs_5ed.pdf.
10. Grupo Hospitalar Conceição, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. Boletim epidemiológico. 2012;5. [Accessed 2014 Jan 16]. Available from: <http://www.ghc.com.br/files/boletim%2012%20v17.pdf>.
11. Barreira D, Grangeiro A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. Rev Saúde Pública. 2007;41 Suppl 1:S4-8.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
13. SILVA JBJr. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. J Bras Pneumol. 2004;S57-86.
14. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>. Acesso em 22 de novembro de 2013.
15. World Health Organization [internet]. A Estratégia Stop TB. 2006. [Accessed 2013 Nov 22]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf.
16. Silveira MPT, Adorno RFR, Fontana T. Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controle da tuberculose em Bagé (RS). J Bras Pneumol. 2007;33:199-205.
17. Piller RVB. Epidemiologia da Tuberculose. Pulmão RJ. 2012;21:4-9.
18. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública. 2007;41:205-13.
19. Costa JSD, Gonçalves H, Menezes AMB, Devens E, Piva M, Gomes M, et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. Cad Saúde Pública. 1998;14:409-15.
20. Análise Epidemiológica da Tuberculose em Porto Alegre no período de 2001 a 2011, com destaque à situação epidemiológica de 2011. Available from: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=141
21. Akolo C, Adetifa I, Shepperd S, Volmink J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;:CD000171.

Recebido: 08/05/2014

Aceito: 16/06/2014