

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CINTIA DE JESUS NASCIMENTO FREITAS

**TUBERCULOSE E FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO
TRATAMENTO: REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE PLANO
DE AÇÃO PARA O DISTRITO SANITÁRIO LESTE NO MUNICÍPIO DE
BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**LAGOA SANTA – MG
2013**

CINTIA DE JESUS NASCIMENTO FREITAS

**TUBERCULOSE E FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO
TRATAMENTO: REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE PLANO
DE AÇÃO PARA O DISTRITO SANITÁRIO LESTE NO MUNICÍPIO DE
BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: *Adriana Lúcia Meireles*

**LAGOA SANTA – MG
2013**

CINTIA DE JESUS NASCIMENTO FREITAS

**TUBERCULOSE E FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO
TRATAMENTO: REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE PLANO
DE AÇÃO PARA O DISTRITO SANITÁRIO LESTE NO MUNICÍPIO DE
BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: *Adriana Lúcia Meireles*

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: ___/___/2013

Agradecimentos

Agradeço a Deus, minha mãe pela vida, meus filhos João Marcos e Sofia e ao meu esposo Erlon César, foi ele quem me apoiou, incentivou, apostou e investiu em mim com sua confiança e amor.

Agradeço a orientadora Adriana, pelo acompanhamento, paciência, dedicação dispensados a mim e pelo sucesso de ter construído junto comigo este trabalho.

EPIGRAFE

DA FELICIDADE

Quantas vezes a gente, em busca da aventura,
Procede tal e qual o avozinho infeliz:
Em vão, por toda parte, os óculos procura
Tendo-os na ponta do nariz!

Mário Quintana

RESUMO

Introdução: A tuberculose é uma doença antiga que ainda preocupa os profissionais de saúde e a sociedade mundial. Muitos são os investimentos em recursos tecnológicos na área de saúde pública que são aplicados com o objetivo de eliminar esse problema. Fatores sociais como as drogas, a pobreza e a infecção pelo HIV contribuem para o aumento do número de casos. **Objetivos:** Descrever o perfil dos casos de tuberculose e analisar os fatores associados ao abandono do tratamento e propor um plano de ação. **Resultados e discussão:** A tuberculose é uma doença de alta incidência, sendo mais frequente em pacientes do sexo masculino. O nível de escolaridade desses pacientes é baixo, geralmente limitando-se ao ensino fundamental. Fatores de ordem sociocultural como o baixo nível de escolaridade, desconhecimento sobre a tuberculose e a não aceitação da doença dificultam a adesão e contribuem para o abandono do tratamento. Diagnosticar e tratar os casos são as principais medidas para o controle da doença. O fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e o envolvimento multiprofissional são muito importantes para melhorar a adesão. A equipe que conhece sua área sabe como chegar perto daquele paciente que precisa de seu apoio. **Conclusão:** A adesão ao tratamento da tuberculose representa um desafio a ser vencido pelas equipes de saúde e com a participação de vários profissionais o avanço poderá ser maior auxiliando a melhorar a qualidade de vida do paciente e da comunidade.

Palavras chave: Tuberculose, Tratamento, Abandono, Fatores de risco.

ABSTRACT

Background: Tuberculosis (TB) is an ancient disease that still worries health professionals and society worldwide. Many are investments in technological resources in the area of public health that are applied with the goal of eliminate this problem. Social factors like drugs, poverty and HIV infection contribute to the increasing number of cases. **Objectives:** To describe the profile of tuberculosis cases and analyze the factors associated with treatment dropout and propose a plan of action. **Results and discussion:** Tuberculosis is a disease of high incidence and it is more prevalent among males. The educational level of these patients is low, usually limited to the elementary school. Sociocultural factors such as low educational level, lack of knowledge about tuberculosis and non-acceptance of the disease contribute to non-adherence. Diagnosing and treating cases are the main measures to control the disease; patient compliance is necessary and very important, and can be enhanced with the involvement of various professionals of the Family Health Team, a team that is accountable for an area and who knows how to get close to that patient who needs their support. **Conclusion:** Adherence to treatment is a challenge to be accomplished with the help of different professional from the Family Health Teams and can bring greater quality of life for the patient and the community.

Keywords: Tuberculosis, Treatment, Non-adherence, Risk factors

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVO.....	15
4. MÉTODOS	16
5. RESULTADOS.....	17
5.1 Tuberculose: conceituação e breve histórico.....	17
5.2 Perfil dos Casos de Tuberculose.....	19
5.3 Estratégia da Saúde da Família e Controle da Tuberculose	22
6. RECOMENDAÇÕES PARA O COMBATE A TUBERCULOSE	24
7. PLANO DE AÇÃO PARA O COMBATE DA TUBERCULOSE PARA OS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE	26
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
9. REFERÊNCIAS.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BCG – Bacilo de Calmette-Guérin
BK – Bacilo de Koch
CS – Centro de Saúde
CERSAM – Centro de Referência de Saúde Mental
CTA – Centro de Triagem e Apoio
ESF- Equipe Saúde da Família
GERASA – Gerência de Atenção a Saúde
GEREPI – Gerência de Epidemiologia
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MT – *Mycobacterium tuberculosis*
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNCT – Programa Nacional de Combate a Tuberculose
PSF – Programa Saúde da Família
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
SAS – Secretária de Assistência a Saúde
SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SCIELO – Scientific Electronic Library On Line
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR – Sintomático respiratório
SUS – Sistema Único de Saúde
TBMR – Tuberculose Multirresistente
TDO – Tratamento diretamente observado
URS – Unidade de Referência Secundária

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença que acompanha a espécie humana desde a antiguidade e representa hoje um dos maiores problemas de preocupação para as autoridades sanitárias, sendo considerado um grande problema de saúde pública. É uma doença de fácil tratamento, mas sua incidência em diferentes grupos populacionais continua alta. O índice de abandono do tratamento dos portadores de tuberculose é alto, a reinternação é constante e a doença se torna cada vez mais resistente devido às altas taxas de abandono dos pacientes durante o tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A TB é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 2012 o Brasil registrou 70.047 casos novos de TB. A taxa de incidência foi de 36,1/100.000 habitantes. Já os dados mais recentes sobre óbitos provocados pela TB no País são de 2010, quando a doença vitimou 4,6 mil pessoas e a taxa de mortalidade registrada foi de 2,4/100.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Brasil ocupa o 17º lugar num ranking de 22 nações consideradas de alta carga. No País, a TB representa a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte por doença identificada entre pessoas com o vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A TB é transmitida pelo ar e pode atingir todos os órgãos do corpo, porém como o Bacilo de Koch (BK) se reproduz e se desenvolve rapidamente em áreas do corpo com muito oxigênio o pulmão é seu primeiro alvo. A transmissão ocorre pelo espirro ou tosse de uma pessoa infectada com menos de duas semanas de tratamento que joga no ar cerca de dois milhões de bacilos que permanecem em suspensão durante horas. Os sintomas mais comuns da tuberculose são tosse crônica, febre, suor noturno, dor no tórax, anorexia, inapetência e adinamia (SOUZA E VASCONCELOS, 2005).

Após ter sido considerada sob controle, a TB ressurgiu na década de 1990 como uma das principais doenças infecciosas letais. Em alguns países, o aumento dramático do número de casos da doença deveu-se à disseminação da Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Vinculado a esse fenômeno, o surgimento de linhagens de bactérias resistentes aos medicamentos contra elas empregados ameaçava transformar a tuberculose num flagelo semelhante ao que varreu o mundo antes da descoberta dos antibióticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo Valente (2009), a associação entre o uso de drogas e a TB já é conhecida desde 1914. O consumo de drogas ilícitas induz a diminuição das defesas imunitárias, facilitando a entrada da doença. O aumento de casos de TB entre os usuários de drogas tem sido atribuído não só ao aumento da prevalência de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MT), mas também ao aumento da probabilidade de progressão para a doença ativa.

1.1 Tuberculose na Regional Administrativa Leste de Belo Horizonte

O município de Belo Horizonte é dividido em nove grandes regiões administrativas, com o objetivo de descentralizar vários serviços e facilitar a vida dos munícipes de cada região. Cada uma das secretarias de administração regional funciona como subprefeitura. As regionais estão por sua vez organizadas em gerências, dentre elas está a gerência do Distrito Sanitário que participa da formulação e definição das diretrizes das políticas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde e é responsável por viabilizar as políticas municipais voltadas para a área.

A Regional Leste possui uma população de 254.573 habitantes, sendo 136.493 mulheres e 118.080 homens segundo o Censo Demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A extensão territorial é de 27,95 Km², caracterizando uma densidade demográfica de 9.109,46 hab./Km², distribuída em suas Unidades de Planejamento, composta por 54 bairros.

A regional conta com 24 unidades de saúde sob a responsabilidade da Prefeitura de Belo Horizonte, sendo 14 centros de saúde (CS), duas unidades de referência secundária (URS), um centro de referência em saúde mental (CERSAM), um laboratório distrital, uma farmácia distrital, uma central de esterilização, um núcleo de cirurgia ambulatorial, um centro de triagem e apoio (CTA - centro de apoio a portadores do vírus HIV), um centro de reabilitação e um centro de convivência.

Além dessas unidades próprias, ainda conta com duas conveniadas, sendo um hospital (Hospital da Baleia) e uma unidade de pronto atendimento (UPA LESTE).

Em 2011, os dados do Sistema de Informação Nacional de Agravos e Notificação (SINAN) mostravam que o Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte notificou 73 casos. Destes 53 (72%) dos casos tiveram alta por cura, 16 (21,1%) abandonaram o tratamento, um (1,4%) caso foi a óbito, 3 (4,1%) foram transferidos regional. Os indicadores estão abaixo dos parâmetros adotados pelo MS, que preconiza que pelo menos 85% dos casos novos recebam alta por cura e que 5% sejam abandonos.

A maioria dos diagnósticos de TB é feito nos CS, alguns casos são diagnosticados na UPA e outros em unidades secundárias. As notificações feitas na rede secundária são encaminhadas para a Gerência de Epidemiologia (GEREPI) do Distrito Sanitário que por sua vez repassa para referência técnica de TB na Gerência de Atenção à Saúde (GERASA), que comunica aos centros de saúde para conhecimento e providências. Desta maneira, os centros de saúde buscam o paciente diagnosticado em outros pontos de atenção para tratamento na unidade.

Os casos mais complexos, incluindo os de resistência medicamentosa, são encaminhados para as unidades referências em tratamento no município que são ao Centro de Saúde Oswaldo Cruz ou o Hospital Júlia Kubitschek.

Os CS tem se preocupado muito com esses pacientes, estimulando e acompanhando os pacientes para a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Esse tratamento consiste na ingestão da medicação pelo paciente de forma supervisionada por um profissional de saúde durante cinco dias da semana, que pode ocorrer no próprio domicílio ou na unidade de saúde.

Todos os 14 centros de saúde da regional tem um enfermeiro referência em TB que participam de reuniões mensais no distrito sanitário. Nessas reuniões também participam farmacêuticos, gerentes das unidades, trabalhadores da Vigilância Sanitária, do Projeto Consultório de Rua. Os casos são discutidos individualmente, envolvendo todos os profissionais que trabalham no acompanhamento dos casos e assim os encaminhamentos são pactuados de forma corresponsabilizada. Essa estratégia tem ajudado no tratamento de muitos pacientes que tiveram alta por cura.

A participação da Atenção Básica no tratamento do paciente com TB é de fundamental importância, pois facilita o acesso do paciente que reside na área de

abrangência da unidade e aumenta o vínculo deste e de sua família com a unidade de saúde em que ele realiza o tratamento. Isso aumenta a adesão ao tratamento e auxilia no aumento da cura.

É importante a conscientização da população por meio da educação e mídia dos mitos que envolvem esta patologia, seus sinais, sintomas, transmissão, exames e a facilidade do tratamento que é disponibilizado para os portadores no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O diagnóstico desta situação evidencia a necessidade da melhoria na qualidade da assistência no âmbito das Equipes de Saúde da Família (ESF), visando ações preventivas, que sejam eficazes para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os pacientes portadores de TB e seus contatos.

Portanto, o objetivo desse trabalho é revisar a literatura sobre o tema tuberculose e propor ações para o controle dessa doença na regional Leste.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi elaborado em virtude da Tuberculose ser um problema de relevância pública e ao aumento de sua incidência no Brasil, no Mundo. Em Belo Horizonte, sua incidência é alta principalmente no Distrito Sanitário Leste que se preocupa muito com a organização do serviço e com o acompanhamento e adesão ao tratamento dos pacientes com Tuberculose. Belo Horizonte vem se empenhando muito na diminuição dos casos de TB e por isso anualmente a SMSA, vem se organizando com capacitações para todos os profissionais das UBS, UPAS e Hospitais, tentando inovações para trazer o paciente para o tratamento diretamente observado (TDO) e fazer com que o profissional tenha mais segurança e certeza de estar tratando o paciente corretamente.

É importante a conscientização da população por meio da educação e mídia dos mitos que envolvem esta patologia, seus sinais, sintomas, transmissão, exames e a facilidade do tratamento que é sem custo para os portadores no Brasil.

O diagnóstico desta situação evidencia a necessidade da melhoria na qualidade da assistência no âmbito das Equipes de Saúde da Família, visando ações preventivas, que sejam eficazes para promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os pacientes portadores de Tuberculose e seus contatos.

O Distrito Sanitário Leste é muito central, e tem muitos pacientes moradores de ruas e usuários de drogas, o que dificulta muito a adesão ao tratamento e o comparecimento dos pacientes às Unidades de Saúde e mesmo o contato com os profissionais do Projeto Consultório de Rua que tem apoiado o cuidado a pacientes mais vulneráveis. Os indicadores do distrito referentes à tuberculose ainda precisam ser melhorados e, desta forma, faz-se necessária a elaboração de um plano de ação com o objetivo de reverter essa situação.

3. OBJETIVOS

Realizar uma revisão da literatura sobre a tuberculose no Brasil e elaborar um plano de ação para melhoria dos indicadores de tuberculose nos 14 centros de saúde da regional Leste de Belo Horizonte.

4. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com temática aberta e sem protocolo rígido para sua confecção, visando o levantamento bibliográfico das publicações que envolviam o tema em estudo, porém de forma não sistemática.

Na pesquisa, foi utilizada a base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), buscando as palavras-chaves (descritores): “tuberculose”, “tratamento”, “abandono”, “fatores de risco”.

Foram considerados artigos nacionais publicados na íntegra, no idioma Português e que contivessem alguma das palavras selecionadas. Os critérios de exclusão foram: artigos em outros idiomas que não o Português; resumos de artigos; e artigos não disponíveis no Brasil.

Após identificação dos artigos científicos por meio das bases de dados, as referências citadas pelos autores desses artigos consideradas importantes também foram utilizadas.

Os artigos selecionados foram da base de dados do Scielo, com um limite temporal entre 1999 e 2012. Foram encontrados 833 artigos com a palavra tuberculose no título. Em seguida, fez-se um refinamento utilizando as palavras abandono, tratamento e fatores de risco. Foram selecionados apenas os artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão e que trouxessem uma abordagem relevante a construção desta revisão.

Após a leitura das publicações relacionadas a temática estudada, 27 artigos foram selecionados para a execução desse trabalho. Foram identificados os principais autores que melhor retratam a questão da TB nos dias atuais.

Baseado no método do planejamento estratégico, a construção do plano de ação foi realizada durante as reuniões mensais do Comitê de Agravos da Gerência de Epidemiologia do Distrito Sanitário Leste, onde inicialmente foram definidos os problemas e a seleção dos nós críticos. Em seguida, iniciou-se o desenho das operações para cada nó crítico, assim como dos resultados esperados e dos recursos necessários (CAMPOS, 2013).

5. RESULTADOS

5.1 Tuberculose: conceituação e breve histórico

A tuberculose (TB) é uma doença de amplitude mundial e seu principal agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, identificado em 1882 por Robert Koch. Esta enfermidade pode resultar da reativação de uma primo-infecção ou pode ser decorrente de infecção recentemente adquirida (FERREIRA et al, 2005).

Como explica o Ministério da Saúde (2002) no Brasil e em outros 21 países em desenvolvimento, a tuberculose é um importante problema de saúde pública. Nesses países encontram-se 80% dos casos mundiais da doença. Segundo estimativas, cerca de um terço da população mundial está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, com o risco de desenvolver a enfermidade. Todos os anos são registrados por volta de 5,8 milhões de novos casos e quase 1,4 milhões de mortes. Pessoas idosas, minorias étnicas e imigrantes estrangeiros são os mais atingidos nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, o predomínio é da população economicamente ativa (15 a 54 anos) e os homens adoecem duas vezes mais do que as mulheres.

O Brasil apresenta dados alarmantes, o Ministério da Saúde estima que mais de 64 milhões de pessoas são portadoras de tuberculose, sendo que anualmente são notificados mais de 73 mil casos e mais de 46 mil morrem por tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Para interromper a cadeia de transmissão da TB é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos e seguir o tratamento proposto. Sendo assim, a busca ativa e o atendimento em pessoas com tosse prolongada há mais de três semanas, deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta e início de tratamento. É importante lembrar que cerca de 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Uma das maiores dificuldades no controle da tuberculose é a não adesão ao tratamento, pois se incompleto ou irregular afeta sua cura e compromete o seu controle. Os medicamentos para o tratamento da TB estão disponíveis gratuitamente nos Centros de Saúde e apresentam alta eficácia. O abandono do tratamento ou sua

interrupção prejudicam o controle da doença, causando resistência e o seu aparecimento em outras pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Ministério da Saúde (2011) preconiza que todo paciente em tratamento para doença seja supervisionado pelo profissional de saúde cinco vezes por semana. Essa estratégia chama-se Tratamento Diretamente Observado (TODO) e tem sido de fundamental importância para o sucesso do tratamento. Mas esta supervisão é difícil, pois muitos pacientes trabalham durante todo o dia, e outros sentem vergonha ou constrangimento com a supervisão.

A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o adequado tratamento evitando a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos, assegurando, assim, a cura do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), juntamente com o seu Comitê Técnico Assessor reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil no ano de 2009, e introduziram o Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do Esquema básico. A apresentação farmacológica deste esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol), nas seguintes dosagens: R 150 mg, H 75 mg, Z 400 mg e E 275 mg. Essa recomendação e apresentação farmacológica são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e utilizadas na maioria dos países, para adultos e adolescentes. Para as crianças (abaixo de 10 anos), permanece a recomendação do Esquema RHZ (BRASIL, 2010).

O diagnóstico diferencial da tuberculose se dá com pneumonia bacteriana, micoses pulmonares, sarcoidose e carcinoma brônquico e o diagnóstico laboratorial se dá principalmente por meio da baciloscopia (BK) e cultura de escarro, RX, prova tuberculínica e exames histo/citológicos (BRASIL, 2010).

Em se tratando de prevenção da tuberculose em humanos, a vacina Bacille Calmette–Guérin (BCG), desenvolvida na França entre 1908 e 1921, ainda é a única medida profilática de proteção contra as formas mais graves de tuberculose no mundo (VASCONCELOS JÚNIOR, 2009).

5.2 Perfil dos Casos de Tuberculose

Segundo o Ministério da Saúde (2011), a tuberculose não apresenta variações cíclicas ou sazonais, de importância prática. A prevalência observada é maior em áreas de grande concentração populacional, e precárias condições socioeconômicas e sanitárias. A distribuição da doença é mundial, com tendência decrescente da morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos. Nas áreas com elevada prevalência de infecção pelo HIV, vem ocorrendo estabilização, ou aumento do número de casos e óbitos por tuberculose.

São mais susceptíveis à doença os indivíduos que tem contato direto com o doente bacilífero, aqueles que tem maior redução da imunidade, silicóticos e pessoas que estejam em uso de corticosteróides, ou infectados pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, no ano de 2012, foram notificados 70.047 casos novos. O perfil do paciente brasileiro com TB, mostra que cerca de 66% dos casos de tuberculose notificados em 2011 acometeram homens. Quanto à faixa etária, a frequência maior da doença ocorre entre 25 e 34 anos, em ambos os sexos. Quanto à escolaridade, 58,2% dos casos novos tinham até oito anos de estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

São mais vulneráveis à doença as populações indígenas, presidiários, moradores de rua, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e às condições específicas de vida, além das pessoas vivendo com o HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Os indivíduos portadores de tuberculose em geral possuem baixa escolaridade sendo esse um fator dificultador para uma melhor compreensão da doença e adesão ao tratamento proposto. A baixa escolaridade, segundo Cortezi e Silva (2006), “dificulta a autopromoção de saúde do paciente e para tentar superar este obstáculo há necessidade de adequação da linguagem dos profissionais de saúde para melhorar o entendimento dos pacientes sobre a gravidade da doença”.

As pessoas que estudam mais possuem maior esclarecimento sobre o processo saúde doença, buscam mais os serviços de saúde em busca de exames preventivos, ao contrário dos menos esclarecidos que utilizam mais os serviços públicos de saúde em busca da cura para as doenças já existentes e não tem o

esclarecimento necessário para buscar ações preventivas que impeçam o surgimento dessas doenças. A baixa escolaridade é reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose e são responsáveis pela maior incidência da enfermidade e pela menor aderência ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Natal et al (1999) Informa que pacientes com idade acima de 60 anos tem uma maior tendência para o sucesso no tratamento, uma vez que a maior experiência de vida dos pacientes poderia levar a uma aderência mais forte ao tratamento, pois ocorre melhor percepção da importância e da gravidade da doença, o que poderia não estar ocorrendo entre indivíduos mais jovens.

A TB é uma doença que acomete em sua maior parte os indivíduos do sexo masculino com idade entre 13 e 40 anos, nessa fase etária os homens são mais imprudentes com a prevenção das doenças e com o diagnóstico e tratamento, preocupam-se mais com atividades relacionadas ao lazer sexo e muitos são acometidos por vícios como o cigarro, álcool, drogas e frequentam lugares de difícil circulação do ar e com grande aglomerado de pessoas o que facilitam a transmissão da doença (PAIXÃO, 2007).

Segundo Paixão (2007), os idosos buscam mais os serviços de saúde e nessa fase etária de um modo geral tem mais responsabilidade sobre a sua saúde, conseguem ver com maior nitidez que um jovem a importância de adesão ao tratamento, procuram por ajuda sempre que necessário e quando bem orientados pelos profissionais de saúde e com o auxílio de algum familiar conseguem uma boa adesão ao tratamento proposto.

Segundo Andrade et al (2005), o alcoolismo crônico ocasiona queda de imunidade, alterações orgânicas, nutricionais e situação de fragilidade social, sendo considerado importante fator de risco para o desenvolvimento da tuberculose, como também pode influenciar no resultado do tratamento e prognóstico da doença.

Grande parte dos portadores de TB no Brasil tem problemas com o alcoolismo crônico, o uso constante do álcool debilita o sistema imunológico e dificulta ainda mais as chances de cura. Geralmente esses indivíduos não se alimentam de maneira correta, não tem uma situação financeira que proporcionem essa alimentação ou são moradores de rua. Também em virtude do uso abusivo do álcool

não conseguem seguir o tratamento proposto, sendo ainda mais susceptíveis a TB multi resistente por abandonarem muito o tratamento e grande parte só conseguem concluir o tratamento sobre regime de internação hospitalar. (ANDRADE, 2005)

Para Boffo (2004), a coinfeção HIV e TB constitui um sério problema de relevância para a saúde pública. A TB é a terceira doença oportunista mais frequente em pacientes HIV positivos. O paciente portador do vírus HIV torna mais difícil a adesão ao tratamento de TB, essa coinfeção aumenta os índices de abandono e morte por tuberculose.

O HIV diminui a resposta imunológica do indivíduo facilitando o desenvolvimento por TB é muito comum nos pacientes HIV positivos, mesmo após terem concluído o tratamento de maneira correta, serem reinfectedados pela TB após novo contato com o bacilo causador da doença (BOFFO, 2004).

O aumento da incidência de tuberculose está fortemente relacionado com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Atualmente cerca de 11 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, cerca de 8% dos pacientes com tuberculose também têm AIDS. O Plano Nacional de Controle da Tuberculose propõe que todos os pacientes com tuberculose sejam submetidos ao teste anti-HIV, possibilitando o início precoce da terapia anti-retroviral e profilaxia das infecções oportunistas, já que a tuberculose pode acelerar o curso da doença (BRASIL,2002).

Outros fatores relacionados ao abandono do tratamento é a não-estruturação familiar, alto número de componentes na família, não inserção no mercado de trabalho e ausência de vínculo empregatício. O processo de desenvolvimento econômico caracteriza-se no aspecto social por inúmeras desigualdades, exclusões sociais e falta de investimentos políticos e financeiros na saúde de seus habitantes (PAIXÃO, 2007).

A desigualdade na distribuição de renda, no acesso aos recursos de saúde, no saneamento básico, na educação, no transporte, no lazer; constituem para um padrão de vida ruim da população aumentando o risco de adoecer de tuberculose. A falta da estrutura e dos vínculos familiares pode dificultar a adesão ao tratamento e ainda levar o doente de TB a se apoiar nos vícios como álcool e drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

5.3 Estratégia da Saúde da Família e Controle da Tuberculose

Viana e Dal Poz (2005) informam que o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 com a finalidade de expandir suas ações levando assistência às áreas de maior risco. Em 1995 o PSF foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e integrado ao Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) recebendo novas formas de financiamento.

A composição mínima de uma equipe de Saúde da Família inclui um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde sendo cada agente responsável por no máximo 750 pessoas e cada equipe por 3.000 ou no máximo 4.000 pessoas, a jornada de trabalho dos integrantes de 40 horas semanais (BRASIL; 2006).

A Saúde da Família é uma estratégia que tem como ações prioritárias a prevenção, promoção e a recuperação da saúde de seus usuários da área de abrangência que deverá ser de forma integral e contínua. As equipes de ESF têm como objetivo fundamental a organização do sistema de saúde, pois atuam como elo do usuário com o sistema assumindo um caráter de inclusão favorecendo os grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (MENDES, 2002).

Segundo Brasil (2005), o PNCT apresenta uma característica vertical e centralizada seguindo as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde, tanto para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos, quanto para a utilização de indicadores para avaliação do controle da doença. Este modelo verticalizado apresenta algumas fraquezas no que tange o controle da tuberculose, fazendo com que o governo federal reconheça a necessidade de descentralizar e desconcentrar as ações de controle da doença para toda a rede básica de saúde.

O PNCT reconhece a importância de horizontalizar o controle da TB, estendendo suas ações a todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a integração do controle da TB à Atenção Básica de Saúde, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF), agindo com o ampliar o acesso do usuário a rede SUS garantindo a ele acompanhamento da ESF desde o diagnóstico até o final do tratamento (BRASIL, 2006).

Teixeira (2000), fala que a expectativa em relação ao programa da saúde da família é de que o serviço de saúde seja a porta de entrada do usuário, promovendo à população o acesso a uma assistência básica de boa qualidade, inclusive fazendo o diagnóstico precoce da tuberculose e supervisionando o tratamento.

A ESF tem se consolidado como um dos pilares deste movimento, sua expansão pelos municípios brasileiros constitui-se no maior indicador da adesão dos gestores municipais à nova proposta. Por ser a Tuberculose um problema de saúde de relevância pública, espera-se que a ESF seja uma forte aliada na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessa doença (BRASIL, 2006).

6. RECOMENDAÇÕES PARA O COMBATE A TUBERCULOSE

A TB continua sendo um importante problema de saúde mundial, exigindo medidas de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. O Ministério da Saúde (2011) adotou as seguintes recomendações para o combate da tuberculose no território brasileiro.

- Interrogar sobre a presença e duração da tosse a toda clientela da unidade de saúde, independentemente do motivo da procura.
- Investigar todo paciente do sistema prisional com tosse por mais de 2 semanas;
- Investigar todo paciente em situação de rua com tosse de qualquer duração;
- Interrogar e investigar a presença e duração da tosse em toda clientela que procurar a unidade básica de saúde, independentemente do motivo da procura,mas que estejam apresentando tosse (sintomáticos respiratórios);
- Atender o paciente com suspeita de contaminação pela tuberculose, como demanda espontânea, não deixando com que ele espere muito, agendando consulta na hora em que ele estiver no centro de saúde para mesmo dia ou hora e colher uma amostra de escarro e agendar a outra para outro dia pela manhã;
- Atender o sintomático respiratório e com porta aberta do serviço, acolhendo e facilitando sua adesão e interação com a doença;
- Coletar duas amostras de escarro, uma no momento da identificação e a outra no dia seguinte;
- Registrar as atividades nos instrumentos padronizados (pedido de baciloscopia e livro de sintomáticos respiratórios);
- Seguir os fluxos para conduta nos casos positivos e negativos à baciloscopia;
- Avaliar rotineiramente a atividade de busca por meio dos indicadores sugeridos: proporção de sintomáticos respiratórios examinados, proporção de baciloscopias positivas e proporção da meta alcançada;

- Solicitar exames biológicos em casos de febre, sudorese noturna, emagrecimento, e outros sintomas sugestivos de TB extrapulmonar, independentemente do tempo da tosse;
- Realizar a baciloscopia de escarro em, no mínimo, duas amostras;
- Solicitar a baciloscopia de acompanhamento do tratamento mensalmente. Caso esteja ainda positiva no final do 2º mês, deve-se solicitar cultura e TSA, pois há suspeita de falência/resistência;
- Solicitar a radiografia de tórax para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar;
- Solicitar a cultura para micobactéria em todos os suspeitos radiológicos de TB pulmonar com baciloscopia negativa;
- Lembrar que em pacientes com baciloscopia positiva, a radiografia de tórax permite excluir doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante e avaliar a evolução radiológica, sobretudo nos que não apresentam resposta clínica e bacteriológica;
- Tratar todos os casos de tuberculose sob supervisão direta de um profissional de saúde (TDO). A frequência ideal de supervisão é diária ou no mínimo cinco vezes por semana.

Frente às recomendações propostas pelo Ministério da Saúde, propõe-se o plano de ação abaixo para o controle da TB no distrito sanitário Leste.

7. PLANO DE AÇÃO PARA O COMBATE DA TUBERCULOSE PARA OS CENTROS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE

Nó Crítico	Ações	Resultados esperados	Recursos necessários
Não realização de busca ativa dos contatos dos casos positivos de TB.	Investigar todos os contatos dos casos positivos de TB por meio de busca ativa.	Tratar os contatos precocemente e aumentar o número de pacientes com alta por cura.	Organizacional – organização das equipes para investigar os contatos
Subnotificação dos casos de TB.	Notificar todos os sintomáticos respiratórios.	Identificar precocemente casos novos de TB.	Político – campanhas de prevenção a TB
	Articular com a Secretaria Municipal de Saúde a realização de capacitações constantes.	Profissionais capacitados para a identificação e abordagem dos sintomáticos respiratórios e casos novos.	Financeiro- materiais e instrumentos necessários para notificação e acompanhamentos dos casos TB
Baixa adesão dos casos de TB ao tratamento.	Organizar grupos operativos sobre TB.	Conscientizar o usuário da gravidade da doença.	Organizacional – para organizar os grupos Político - local para realizar grupos Cognitivo – informação sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro – para aquisição de material didático.
Dificuldades na realização do exame bacilosκόpico.	Capacitar precocemente o paciente para a coleta correta de todas as amostras do escarro.	Facilitar o acesso do paciente ao exame bacilosκόpico.	Político – criação de convênios com laboratórios para agilizar o resultado. Maior agilidade na distribuição dos medicamentos para TB.
Não atualização do livro de sintomático respiratório.	Estimular e supervisionar a alimentação das informações no livro diariamente.	Manter atualizado o livro de sintomático respiratório.	Organizacional – capacitação dos servidores.
	Conscientizar as equipes da importância de manter o livro de sintomáticos respiratórios atualizado, tornando pauta em reuniões de equipe e de colegiado gestor.		Financeiro – material didático
Falta de insumos para exame bacilosκόpico.	Organizar o almoxarifado de cada centro de saúde fazendo o levantamento periódico da quantidade necessária mensal.	Não deixar faltar insumos para exames.	Organizacional – capacitação periódicas da equipe administrativa que controla o estoque.
Não dispensa de medicação para TB durante todo o horário de funcionamento da UBS.	Fornecer os medicamentos para tratamento de TB durante todo o horário de funcionamento da unidade, mesmo no dia de inventário.	Unidade dispensando medicamentos durante todo o horário de funcionamento, garantindo a adesão ao tratamento.	Organizacional – capacitação da equipe
Baixa participação das referências de TB das unidades nas reuniões distritais do comitê de combate a TB.	Organizar as agendas das referências de TB dos centros de saúde, viabilizando a participação mensal nas reuniões distritais do comitê. Conscientizar gerentes da importância da participação dessas referências nas reuniões.	Aumentar a participação das referências técnicas de Tuberculose dos centros de saúde nas reuniões distritais do comitê. Manter uniforme as informações sobre TB entre as referências técnicas.	Organizacional – orientar e promover recursos para que a reunião conte com todos os envolvidos na TB da regional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diagnosticar e tratar os casos de TB pulmonar são as principais medidas para o controle da doença. O tratamento correto e adequado é de suma importância para a destruição da cadeia epidemiológica, sendo essencial a vigilância, o controle e o acompanhamento ao paciente, para evitar o abandono do tratamento.

A adesão ao tratamento da tuberculose representa um desafio a ser vencido pelas equipes de saúde e todos os envolvidos no tratamento e acompanhamento aos pacientes com tuberculose. Fatores socioeconômicos, o uso de drogas, baixa escolaridade contribuem para o aumento dos casos novos e para a baixa adesão ao tratamento. Esses são alguns desafios que a saúde pública tem que vencer para atuar de maneira mais eficaz na prevenção e tratamento da tuberculose.

Observamos na busca que o perfil dos pacientes com tuberculose, são pessoas com baixa escolaridade, baixo nível sócio econômico, usuários de drogas, pacientes HIV positivo e pessoas que vivem sozinhas.

O tratamento é gratuito e muito facilitado, mas o não conhecimento da gravidade pelo paciente pode ser um grande dificultador na adesão do paciente ao tratamento.

Esperamos alcançar grande êxito com a execução do plano de ação, identificando mais rapidamente todos os sintomáticos respiratórios da regional Leste, notificando e acompanhando todos os casos confirmados de TB até a alta por cura, diminuindo os indicadores de abandono.

9. REFERÊNCIAS

Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Silva NL et al. **Fatores associados à falha do tratamento, abandono e morte em uma coorte de pacientes de tuberculose em Recife Brasil.** Cad Saúde Pública. 2007; 23 (7):1573-82.

Andrade PRL, Pillon S, Villa TCS, Pillon S. **Influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose.** Revista Electrónica Salud Mental. 2005;1(1). Disponível em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>.

Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. **Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(3):374-81.

Bertolozzi MR. **A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã** [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

Boffo MMS, Mattos G, Ribeiro OM, Oliveira Neto IC. **Tuberculose associada à AIDS: características demográficas, clínicas e laboratoriais de pacientes atendidos em um serviço de referência em AIDS do sul do Brasil.** J Bras Pneumol. 2004; 30(2):140-146.

Campos FCC, Faria HP, Santos MA. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 118p.

Côrrea EJ, Vasconcelos M, Souza MSL. **Introdução à Metodologia Científica: textos científicos.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 140p.

Cortezi MD, Silva MV. **Abandono do tratamento da tuberculose em pacientes co-infectados com HIV, em Itajaí, Santa Catarina, 1999 – 2004.** Bol. Pneumol. Sanit. 2006;14(3):145-52.

EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE / Secretaria de Vigilância em Saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 14. Nº 1. jan/mar 2005.

Ferreira AAA et al. **Os fatores associados à tuberculose pulmonar e à baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública.** Rev Bras Epidemiol. 2005;8(2):142-9.

Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. **Abandono de tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá (MT) Brasil.** J Bras Pneum. 2005;31(5):427-35.

MARRONE N et al. **Tuberculose: Tratamento supervisionado versus tratamento auto-administrado.** J Pneumol. 1999;25(4):198-206.

MENDES EV. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Ministério da Saúde (Brasil). Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica em Tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Ministério da Saúde (Brasil). **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Ministério da Saúde (Brasil). **Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101>. Acesso em: 15 fev 2013.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual Técnico para o controle da tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. **Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar.** Bol Pneumol Sanit. 1999;7(1):65-77.

Oliveira HB, Moreira Filho DC. **Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994.** Rev Saúde Pública. 2000;34(5):437-43.

PAIXÃO LMM, GONTIJO ED. **Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG.** Rev Saúde Pública. 2007;41(2):205-13.

Souza MVN, Vasconcelos TRA. **Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro.** Quím Nova. 2005;28(4).

Souza MVN, Vasconcelos TRA. **Fármacos no Combate à Tuberculose: Passado, Presente e Futuro.** Quím. Nova. 2005;28(4): 678-682.

Teixeira GM. **Editorial: o controle da tuberculose e a saúde da família perspectivas de uma parceria.** Bol Pneumol Sanit. 2000;8(2):3-4.

Valente AMP. **Tuberculose: Reflexão sobre a atual situação da doença** [dissertação]. Covilhã: Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, 2009.

Vasconcelos Júnior AC. **Limitações da vacina BCG e novas estratégias de medidas profiláticas contra tuberculose humana.** Einstein. 2009;7(3):383-9.

Viana AA, Dalpoz MR; **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família** Rev. Saúde Coletiva. 2005;15:225-264.

Vranjac A. **Mudanças no tratamento da tuberculose.** Rev. Saúde Pública. 2010;44(1):197-9.