



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

PAULA GABRIELE FURTADO SOARES DE ANDRADE

TUBERCULOSE: AÇÕES POSSÍVEIS PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO.

SÃO PAULO
2017

PAULA GABRIELE FURTADO SOARES DE ANDRADE

TUBERCULOSE: AÇÕES POSSÍVEIS PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: FERNANDA ROCCO OLIVEIRA

SÃO PAULO
2017

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado bacilo de Koch (BK), sendo a principal espécie patogênica do gênero *Mycobacterium*. Ela é transmitida por inoculação, ingestão de alimentos contaminados ou inalação por via aérea de partículas infectantes suspensas no ar através de um indivíduo contaminado a outro sadio. O BK chega aos alvéolos pulmonares onde pode ser destruído na porta de entrada do organismo, graças à imunidade inata. Porém, também pode permanecer em estado de latência, nesse caso o hospedeiro não elimina a infecção, mas apenas a controla. Com isso, o micro-organismo permanece dormente, ou seja, se replica intermitentemente com seu metabolismo alterado gerando um grande reservatório de TB e por último é capaz ainda de se multiplicar, isso na sua forma ativa, podendo evoluir para outros órgãos. Portanto, essa doença é um grave problema de saúde pública em nível mundial (MENDES & FENSTERSEIFER, 2004).

De acordo com estudos realizados pelo Ministério da Saúde, foram notificados 6,2 milhões de casos de TB no mundo em 2010 e o Brasil se encontra entre os 22 países responsáveis por 80% dos casos dessa doença (BRASIL, 2012). A taxa de incidência média da doença no Brasil foi de 38,6/100 mil habitantes em 2008 e de 37,2/100 mil habitantes em 2010. A taxa de abandono do tratamento é alta, cerca de 17% e a taxa de cura não ultrapassa 75% (CHIRINOS & MEIRELLES, 2011). Esses índices estão distantes da meta nacional proposta pelo Ministério da Saúde: 85% de cura e menos de 5% de abandono (PAIXÃO & GONTIJO, 2007).

Esses números estão relacionados à condição de vida da população e, como qualquer outra doença infecciosa, a áreas de grandes concentrações populacionais. Também estão associados à miséria, desemprego, más condições de moradia e de alimentação, à falta de saneamento básico adequado, baixa escolaridade, ao abuso de álcool, tabaco e de algumas outras drogas, à coinfeção com o vírus HIV e ao abandono do tratamento. Portanto, a soma desses fatores facilita a proliferação da TB e sua prevalência (MENDES & FENSTERSEIFER, 2004; BRASIL, 2012).

Segundo HECK et al. (2011), embora essa doença seja grave podendo levar à morte, ela é tratável (com quase 100% de cura) com medicamentos de baixo custo e alta eficácia, quando em associações adequadas, na dose correta e por tempo suficiente. Além disso, a TB tem seu tratamento executado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo orientado pelas diretrizes do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que é responsável pelas normas de prevenção, diagnóstico, tratamento e distribuição dos medicamentos, os quais são gratuitamente oferecidos a todos os pacientes devidamente registrados nas Unidades de Saúde (US). CAMPANI et al. (2011) e BRASIL (2012) acrescentam que, além do tratamento eficaz, o diagnóstico rápido e seguro, como a radiografia de tórax, a baciloscopia e a cultura de escarro, são medidas fundamentais para quebrar a cadeia de transmissão e controlar a doença.

O esquema terapêutico para o tratamento da TB consiste na associação de várias drogas: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z), Etambutol (E), Levofloxacina (L), Terizidona (T), Estreptomina (S) e Etionamida (Et). No Brasil, é padronizado adequando-se às características clínicas de cada indivíduo e histórico do tratamento anterior. É composto pelo

Esquema I (2RHZE/4RH) para novos casos (exceto para a meningoencefálica), Esquema II (2RHZE/7RH) para casos de TB meningoencefálica e Esquema para Multirresistência (2S5ELZT/4S3ELZT/12ELT), tendo especificidades quando o tratamento é realizado em crianças menores de dez anos (BRASIL, 2010).

Entretanto, mesmo com o tratamento acessível e quase totalmente eficaz, os números de casos e índices de mortalidade ainda são alarmantes. A baixa adesão e a interrupção do tratamento acarretam na resistência à terapia, diminuindo, assim, a eficácia da mesma e o controle da doença (PAIXÃO & GONTIJO, 2007).

O abandono e não adesão ao tratamento da TB está associado a vários fatores, como aspectos relacionados aos serviços de saúde (atendimento e experiências do tratamento anterior, evidenciando a falta de comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente), ao processo de tratamento da doença (realizado por um longo período, podendo causar efeitos adversos), aos aspectos sócio demográficos (relacionado a indivíduos com menor grau de escolaridade), ao uso de drogas, como o álcool, à coinfeção com outras doenças, mais especificamente pelo vírus HIV e o cuidado em saúde, fundamentando-se na relação entre o profissional de saúde e o paciente (CAMPANI et al., 2011). Assim, um dos principais focos no que diz respeito à TB é visar à redução das taxas de abandono do tratamento, já que a interrupção do mesmo leva a uma maior disseminação do bacilo, pois os doentes permanecem como fonte de contágio, além de contribuir para a resistência adquirida da terapia, o que colabora para a dificuldade no processo de cura aumentando o tempo e custo do tratamento (CHIRINOS & MEIRELLES, 2011).

Como estratégia mundial e com o objetivo de estimular a adesão ao tratamento e o uso correto da medicação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou, em 1993, o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração, denominado DOT'S da sigla em inglês Directly Observed Therapy Short-Course, que inclui o Tratamento Supervisionado. Em 1998, essa estratégia foi oficializada no Brasil por intermédio do PNCT. O DOT'S continua sendo uma das principais estratégias para que se alcance a meta de cura de 85% dos casos de TB com o intuito de diminuir a taxa de abandono como preconizado pelo MS, evitar o surgimento de bacilos resistentes e possibilitar um efetivo controle da TB no país (VIEIRA e RIBEIRO, 2008; RODRIGUES et al., 2010).

Ainda que o esquema de tratamento para a TB possua alta eficácia, a adesão ao tratamento é comprometida devido a grande quantidade de fármacos administrados, ao tempo de duração da terapia e a possibilidade de eventos adversos, o que acarreta em uma variação da efetividade da terapia de 55% a 85%. Desta forma, há a necessidade de pesquisa de novos fármacos (CEZAR, 2009). Além do mais BRANCO et al (2012) acrescenta que as novas moléculas antiTB devem ser ativas contra cepas multirresistentes (MDR-MT) e extensivamente resistentes (XDRMT) e ainda serem passíveis da utilização com drogas antirretrovirais em pacientes que possuam a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, ou AIDS em inglês) ocasionadas pelo retrovírus da Imunodeficiência Humana (HIV, do inglês Human Immunodeficiency Virus).

Desta forma, esse projeto tem como objetivo principal identificar e analisar os fatores associados a não adesão ao tratamento da TB.

Objetivos (Geral e Específicos)

OBJETIVO GERAL:

- ♦ Desenvolver ações para promover maior adesão dos pacientes ao tratamento da Tuberculose.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ♦ Promover busca ativa dos pacientes com sintomas respiratórios, TB positivos e dos contatos.
- ♦ Realizar palestras referente a doença e a importância da adesão ao tratamento.

Método

A metodologia do presente estudo constitui em ações possíveis para o aumento da adesão ao tratamento da tuberculose, transformando uma ideia em ação e seguir passos para assim tentar uma solução.

O projeto será realizado abrangendo a população do bairro do Payol do município de Pirapora do Bom Jesus devido ao alto índice de pacientes que não culminam o tratamento da tuberculose. São participantes deste projeto, além dos pacientes, familiares e amigos do mesmo, que são contatos direto; bem como, trabalhadores do PSF 01.

Primeiro passo: Apresentar o PI para o secretário de saúde, gestor, administração e trabalhadores envolvidos no desenvolvimento e divulgação do projeto.

Segundo passo: Capacitação da equipe sobre o que é a TB, a importância da adesão ao tratamento e suas complicações. Essas reuniões em equipe cumprirão o objetivo de capacitação e realização de um quadro de possíveis ações

Terceiro passo: Promover uma busca ativa em conjunto com epidemiologia, ACS, enfermeira e auxiliares de enfermagem dos pacientes em tratamento, os que abandonaram o tratamento e os contatos.

Quarto passo: Realizar uma palestra mensalmente explicando a população o que é a doença, a importância da adesão e culminação do tratamento para assim evitar sua disseminação e complicações.

Quinto passo: Realizar um trabalho em conjunto com Epidemiologia para ter um maior controle dos pacientes que estão aderindo adequadamente ao tratamento, para assim ter um controle e monitoramento adequado.

Resultados Esperados

Com a aplicação desse trabalho na área que corresponde ao bairro do Payol do município de Pirapora do Bom Jesus, se espera ter uma maior adesão ao tratamento de TB pelos pacientes, uma maior capacitação dos profissionais de saúde para que construam um vínculo mais qualificado e sejam observadas as necessidades do indivíduo.

Referências

ALVES, R. S.; SOUZA, K.M.J.; OLIVEIRA, A.A.V.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. Texto contexto - enferm., vol.21, n.3, p. 650-657. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose>)

BRASIL. Ministério de Saúde. Tuberculose-guia de vigilância epidemiológica/elaborado pelo Comitê Técnico - Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Coinfecção HIV-Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde-FUNASA, 2002.

CHAMBERS, H.F.. Fármacos antimicobacterianos. In: KATZUNG, B.G.(Org) Farmacologia básica e clínica. 10. ed. São Paulo: McGraw-Hill, cap. 47. p. 697-705. 2007.

CHIRINOS, N.E.C.; MEIRELLES, B.H.C. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. Texto contexto - enferm., vol.20, n.3, p. 599-606. 2011.