

Implementação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose em Marataízes-ES, 2012

doi: 10.5123/S1679-49742015000300023

Implementation of the Municipal Tuberculosis Control Program in Marataízes, Espírito Santo State, 2012

Érica Marvila Garcia

Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância Epidemiológica Municipal, Marataízes-ES, Brasil

Marcelle Lemos Leal

Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância em Saúde Municipal, Marataízes-ES, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever a experiência da implementação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) no município de Marataízes-ES, Brasil, em 2012. **Métodos:** relato de experiência sobre as ações de controle da tuberculose no município; realizou-se busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) e casos de abandono do tratamento do ano anterior, incluindo locais de uso comum de drogas, além da capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no manejo clínico e cuidado dos doentes e palestras educativas sobre tuberculose nas escolas municipais; a assistência foi realizada também durante finais de semana e feriados. **Resultados:** foram identificados 98 SR (35 usuários de droga); 27 pacientes foram diagnosticados, notificados e submetidos à terapia diretamente observada (TDO); não houve abandono do tratamento; 25 casos de tuberculose foram encerrados por cura. **Conclusão:** a implementação do PMCT mediante uma rede integrada fortaleceu os mecanismos organizacionais de assistência ao portador de tuberculose e aprimorou os indicadores epidemiológicos municipais.

Palavras-chave: Tuberculose; Terapia Diretamente Observada; Planos e Programas de Saúde.

Abstract

Objective: to describe the experience of Municipal Tuberculosis Control Program (MTCP) implementation in the city of Marataízes, State of Espírito Santo, in 2012. **Methods:** this is an report the experience of tuberculosis control actions. Respiratory symptomatic (RS) subjects and patients who abandoned treatment in the previous year were actively traced, including in places where drug use is common. Training was provided to healthcare professionals involved in patient clinical management and care. Educational talks on tuberculosis were given in municipal schools. Healthcare was also provided on weekends and holidays. **Results:** 98 RS were identified (35 drug users); 27 patients were diagnosed, notified and underwent directly observed therapy (DOT); there was no treatment abandonment; 25 tuberculosis cases were cured. **Conclusion:** MTCP implementation through an integrated network strengthened the organizational mechanisms of healthcare to those with tuberculosis and improved municipal epidemiological indicators.

Key words: Tuberculosis; Directly Observed Therapy; Health Programs and Plans.

Endereço para correspondência:

Érica Marvila Garcia – Rodovia do Sol, nº 1, Lagoa do Siri, Marataízes-ES, Brasil. CEP: 29345-000
E-mail: ericamarvila@hotmail.com

Introdução

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica e tem como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*. Em 2012, foram notificados 70.047 casos novos no Brasil, equivalendo a um coeficiente de incidência de 36,1/100 mil habitantes, que posiciona o país no 17º lugar no mundo em número de casos.¹ Naquele mesmo ano, foram diagnosticados 1.481 casos novos no estado do Espírito Santo.²

A distribuição geográfica da tuberculose no Brasil está relacionada às condições socioeconômicas da população e afeta principalmente as periferias urbanas, associando-se a más condições de moradia e de alimentação, falta de saneamento básico, abuso de álcool e de outras drogas, indivíduos marginalizados e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.³⁻⁵

A Terapia Diretamente Observada (TDO) é uma importante ferramenta utilizada para obtenção da adesão do paciente ao tratamento da tuberculose e prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos.

Diante desse cenário, a *directly observed short-time treatment strategy* (DOTS) visa assegurar avanços essenciais para o controle dessa doença, pautando-se em cinco pilares:

- (i) compromisso político;
- (ii) detecção de casos por baciloscopia;
- (iii) esquemas de tratamento padronizados e terapia diretamente observada (TDO);
- (iv) suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos; e
- (v) sistemas de informação para avaliar a detecção de casos, o resultado do tratamento de casos individuais, o desempenho do programa, o sistema de registro e a notificação de casos.

A TDO⁶ é uma importante ferramenta utilizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF)⁷ para obtenção da adesão do paciente ao tratamento e prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando as probabilidades de cura.

Este relato teve por objetivo descrever a experiência da implementação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) no município de Marataízes, Espírito Santo, Brasil, no ano de 2012.

Métodos

Trata-se do relato da experiência de implementação das ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelo PMCT no município de Marataízes-ES em 2012, com participação das sete equipes da ESF e da Vigilância Epidemiológica local, na qual o PMCT está inserido.

Marataízes-ES está localizado ao sul do estado do Espírito Santo. Em 2010,⁸ o município contava com uma população de 34.140 habitantes. Em janeiro de 2012, o PMCT encontrava-se desestruturado e com ações centralizadas, e os indicadores operacionais apresentavam cinco casos de tuberculose em abandono entre usuários de drogas ilícitas.⁹

As ações realizadas compreenderam rodas de educação permanente com os profissionais da saúde envolvidos no manejo clínico e cuidado dos doentes, buscando a constituição de sujeitos coletivos, com capacidade de análise e intervenção.¹⁰ Em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, promoveram-se palestras educativas nas escolas da rede pública municipal das áreas geográficas com casos de tuberculose notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan).

Os casos notificados e em situação de abandono do tratamento registrados no Sinan nortearam a delimitação da área de risco de transmissão da tuberculose, desencadeando a busca ativa desses abandonos e dos sintomáticos respiratórios pela equipe multiprofissional, composta por: duas enfermeiras e 17 agentes comunitários de saúde (ACS) da ESF; uma auxiliar e uma técnica de enfermagem; um guarda de endemias, uma pedagoga e uma enfermeira da Vigilância Epidemiológica; e uma bióloga da Vigilância em Saúde.

A busca ativa dos portadores de tuberculose em abandono de tratamento foi realizada por meio de visita domiciliar e a locais de uso comum de drogas – as chamadas “bocas de fumo” – identificados pelos agentes comunitários de saúde – ACS. Os ACS realizaram o primeiro contato com os responsáveis pelas “bocas de fumo”, explicando-lhes toda a ação a ser realizada junto aos frequentadores do local.

Simultaneamente à busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento, a equipe multidisciplinar orientou os sintomáticos respiratórios identificados, sobre as características da doença. Também foram feitas coletas de escarro (uma amostra no dia da busca ativa; e outra no dia seguinte, pela manhã) para a realização da baciloscopia no Centro Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim-ES, município a 45 km de Marataízes-ES, pela razão de este não contar com um laboratório de análises clínicas municipal.

A Secretaria Municipal de Saúde de Marataízes-ES disponibilizou um veículo para o transporte dos pacientes e o envio das baciloscopias até Cachoeiro de Itapemirim-ES. Cestas básicas de alimentos, fornecidas pela Secretaria Municipal de Ação Social, foram distribuídas mensalmente para os pacientes, durante seu tratamento.

Os pacientes com resultado de baciloscopia positiva foram encaminhados ao médico de referência de Marataízes-ES e, em seguida, para avaliação pela ESF de sua área, início e a condução do tratamento, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. Os portadores de tuberculose foram orientados sobre o esquema de tratamento a ser seguido.

Foi instituída a administração da medicação diária, de acordo com o modelo de terapia diretamente observada – TDO –, para todos os pacientes. Aos pacientes identificados com alto potencial de abandono do tratamento devido ao uso de drogas ilícitas, foi estabelecida a administração da medicação diária pelos ACS nas “bocas de fumo”, inclusive durante os finais de semana e feriados.

Para descrição das características dos casos de tuberculose diagnosticados, foram utilizadas as fontes de dados do Sinan e do Registro de Sintomático Respiratório da Vigilância Epidemiológica Municipal.

Os dados foram obtidos no âmbito das ações de vigilância epidemiológica do município. Ressalta-se que os dados de identificação dos pacientes foram mantidos em sigilo, para atender às diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os contatos dos casos confirmados de tuberculose foram identificados e encaminhados para avaliação pela ESF de sua área de residência, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Resultados

As rodas de educação permanente proporcionaram a formação do grupo de trabalho responsável pelo planejamento das ações desenvolvidas durante a experiência. Esse grupo foi composto pelos secretários municipais de Saúde e Ação Social, pelo conselheiro municipal de saúde, pelo coordenador da Atenção Primária à Saúde (APS), pelo coordenador da Vigilância em Saúde, por coordenadores das ESF e pelo coordenador do PMCT.

Como já foi dito, o método de rodas de educação permanente capacitou sete enfermeiros e 81 ACS para atender ao portador de tuberculose em suas necessidades, contribuindo para a descentralização das ações do PMCT. Após as etapas de planejamento, capacitação e orientação, os casos sintomáticos respiratórios foram identificados mediante busca ativa (Tabela 1).

No ano de 2012, foram identificados 98 sintomáticos respiratórios (35 usuários de drogas ilícitas) e diagnosticados, notificados e submetidos a TDO 27 pacientes com tuberculose.

Tabela 1 – Número de sintomáticos respiratórios (n=98) registrados em Marataízes, Espírito Santo, 2012

Sintomáticos respiratórios	n
Usuários de drogas ilícitas	35
Realizaram baciloscopia	98
Diagnosticados com tuberculose	19
Submetidos a terapia diretamente observada – TDO	19

Quanto ao perfil sociodemográfico, 14 casos eram do sexo masculino e 13 do feminino, e 13 tinham cor da pele parda. A faixa etária predominante era a de 20 a 39 anos, 20 pessoas não haviam completado o Ensino Fundamental e 3 tinham essa condição ignorada (Tabela 2).

Foram encontrados 24 casos da forma pulmonar de tuberculose. Quanto às comorbidades, 19 pacientes eram tabagistas, 18 faziam uso de drogas ilícitas e 8 de álcool. Realizou-se testagem para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em 24 pacientes, sendo

diagnosticados 2 soropositivos e 22 soronegativos para o HIV (Tabela 2).

Reingressaram no tratamento 5 portadores de tuberculose usuários de drogas ilícitas que constavam no Sinan como casos de abandono do tratamento; e 22 casos novos de tuberculose foram diagnosticados.

Durante a experiência, não houve abandono do tratamento e, na situação de encerramento dos portadores de tuberculose, foram registradas 25 curas e 2 óbitos (Tabela 3).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos portadores de tuberculose (n=27) notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no município de Marataízes, Espírito Santo, 2012

Variáveis	n
Sexo	
Masculino	14
Feminino	13
Faixa etária (em anos)	
<20	4
20-39	14
40-59	5
≥60	4
Raça/cor	
Branco	10
Negro	4
Pardo	13
Escolaridade	
Analfabeto	2
Ensino Fundamental incompleto	18
Ensino Fundamental completo	3
Ensino Médio incompleto	1
Ignorado	3
Tipo de entrada	
Caso novo	22
Reingresso após abandono	5
Forma	
Pulmonar	24
Extrapulmonar	3
Comorbidades	
Aids	2
Alcoolismo	8
Diabetes	1
Uso de drogas ilícitas	18
Tabagismo	19
Testagem para o vírus da imunodeficiência humana – HIV	
Positivo	2
Negativo	22
Não realizado	3

Tabela 3 – Desfecho dos casos de tuberculose notificados no Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan) no município de Marataízes, Espírito Santo, Brasil, 2012

Desfecho	Usuários de drogas ilícitas	Não usuários de drogas ilícitas	Total
Cura	16	9	25
Óbito	2	–	2
TOTAL	18	9	27

Discussão

A implementação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) no município de Marataízes-ES, em 2012, permitiu a identificação de sintomáticos respiratórios, portadores de tuberculose e HIV. No período descrito, não houve abandono de tratamento e obteve-se elevada proporção de curas.

O vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde com tuberculose permitiu que as equipes da ESF se adaptassem às diferentes necessidades de sua comunidade. Outrossim, foi fundamental a descentralização do PMCT para a Atenção Primária em Saúde (APS): esta possui mais mecanismos organizacionais e melhor capacidade para garantir o cuidado de forma longitudinal.¹¹⁻¹³

A Estratégia Saúde da Família, em parceria com o PMCT, as secretarias de Saúde e Ação Social e o Controle Social, assume seu papel fundamental na articulação entre diferentes setores. Essa integração, ao tornar mais democrático o poder decisório, contribui para que o planejamento das ações seja mais direcionado à realidade local.

O grupo de trabalho responsável pelo planejamento das ações desenvolvidas durante a experiência teve êxito no tratamento dos portadores de tuberculose, pautado na assistência integral humanizada, no cuidado e na assistência médica e social, e no cumprimento dos protocolos do Ministério da Saúde, tendo a TDO como um dos principais instrumentos adotados na atenção aos doentes.¹⁴

O trabalho da equipe multidisciplinar na busca ativa dos casos em situação de abandono de tratamento permitiu que o controle da tuberculose fosse além da barreira social. A implementação da assistência voltada ao perfil desses pacientes (usuários de drogas ilícitas) e das estratégias de superação de barreiras

ligadas à realidade de vida, individual e coletiva, foram elementos de grande relevância para a melhoria do acesso, da adesão e da co-responsabilização do doente e da família.

A integralidade, assim como a TDO, aproxima os profissionais do contexto social dos indivíduos e ameniza o preconceito: a identificação dos grupos de risco para não adesão ao tratamento, a partir de um método de baixo custo, estabelece vínculos, acolhimento e responsabilidade entre os serviços de saúde, o doente e sua família.^{15,16}

A realização da terapia diretamente observada – TDO – aos portadores de tuberculose usuários de drogas ilícitas pelos agentes comunitários de saúde foi imprescindível para o êxito dos tratamentos, promovendo melhorias na adesão e cura dos pacientes.¹⁷ É importante destacar que a assistência não se restringiu aos dias úteis mas estendeu-se a toda a semana.

Tendo em vista os resultados obtidos, essa experiência tem depositado em suas parcerias e na adoção dos protocolos do Ministério da Saúde a expectativa de sua continuidade. Sugere-se às Secretarias de Saúde, especialmente àquelas que enfrentam situação semelhante à de Marataízes-ES, a implementação das ações descritas neste relato, realizando as adaptações necessárias e pertinentes a sua realidade.

Contribuição dos autores

Garcia EM e Leal ML contribuíram para o planejamento e realização do estudo, sistematização dos dados, redação e revisão do manuscrito.

Ambas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia. *Bol Epidemiol.* 2013;44(2):1-6.
2. Governo do Estado do Espírito Santo. Acessoria de Comunicação. Tuberculose: Sesa alerta para detecção precoce da doença [Internet]. 2013 mar 21 [citado 2013 abr 1]. Disponível em: <http://www.es.gov.br/Noticias/158668/tuberculose-sesa-alerta-para-deteccao-precoce-da-doenca.htm>
3. Dalcolmo MP, Andrade MKM, Picon PD. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. *Rev Saude Publica.* 2007 Sep;41 Suppl 1:34-42.
4. Maciel ELNA. Promoção da saúde e os determinantes sociais da tuberculose: elementos para a ação. In: Landin FLP, Catrib AMF, Collares PMC. Promoção da Saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos. Campinas: Saberes; 2012. p. 429-48.
5. Pellegrini Filho A. Determinantes sociais da saúde: o que há de novo [Internet]? 2011 jul 13 [citado 2013 set 2]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/opinioes/dss-o-que-ha-de-novo/>
6. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis: informe final. Guayaquil: OPAS; 1997.
7. World Health Organization. Global tuberculosis report: 2013 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Jul 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@: Espírito Santo - Marataízes - Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 2013 fev 5]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=320332>
9. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net: tuberculose [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2014 jul 27]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série pactos pela saúde; vol. 5)
12. Thorn P. La tuberculosis: información y consejos para vencer la enfermedad [Internet]. Ginebra: Stop TB Partnership; 2007 [citado 2013 mar 4]. Disponible en: <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/TB%20TIPS%20SPN%20WEB.pdf>
13. Gomes ALC, Sá LD, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Moraes AM. O vínculo e a relação com as ações de controle da tuberculose: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. In: Ruffino Netto A, Villa TCS. Tuberculose pesquisas operacionais. São Paulo: FUNPEC; 2009. p. 132-44.
14. Cruz VD, Harter J, Oliveira MM, Gonzales RIC, Alves PF. Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa. *SMAD, Rev Eletronica Saude Mental Alcool Drog* [Internet]. 2013 jan-abr;9(1):48-55 [citado 2014 jul 20]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80329902008.pdf>
15. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface.* 2005 mar-ago;9(17):287-301.
16. Ruffino-Netto A, Villa TCS, organizadores. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais [Internet]. Ribeirão Preto: Instituto do Milênio REDE-TB; 2006 [citado 2014 dez 12]. Disponível em: http://www.eerp.usp.br/geotb/Doc/livro_DOTS.pdf
17. Deiss RV, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and drug use: review and update. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2009 Jan;48(1):72-82 [cited 2015 Jan 6]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110742/>

Recebido em 25/01/2015

Aprovado em 03/05/2015