



Publicação

Expediente

Bibliografia

Gráficos

Outubro, 2004 Ano 1 Número 10

retorna

Ampliação da Equipe do Programa de Controle da Tuberculose e Implantação do Tratamento Supervisionado - Município de Jacareí/SP

*Ana Consuelo Alves da Silva; Elaine Cristina Barbosa,
Programa de Controle da Tuberculose da prefeitura de Jacareí*

Introdução

A tendência epidemiológica da tuberculose se articula com o desenvolvimento das sociedades. Ou seja, as condições de vida das diferentes classes sociais, nas diferentes partes do mundo, apresentam estreita relação com o número de doentes e com a disseminação da doença. Baseados nesses índices, os programas de controle atualmente se esforçam em quebrar a cadeia de transmissão, sendo que a forma de prevenção se baseia no tratamento precoce com o objetivo de impedir a proliferação da doença.

A descoberta dos antibióticos eficazes chegou a dar esperanças de que a tuberculose deixaria de ser um problema de saúde pública, assim como ocorrera com a varíola⁽¹⁾. Mas a doença, hoje, com o advento da Aids, somado aos abandonos de tratamentos e o aparecimento de linhagens do bacilo resistentes às drogas, é considerada re-emergente⁽²⁾. Embora a quimioterapia seja eficaz, a não aderência ao tratamento é um dos principais motivos para que os índices de incidência, mortalidade e tuberculose multiresistente sejam mais altos do que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

A discussão sobre o tratamento da tuberculose tem sido ampliada para além das fronteiras da clínica. Ou seja, o diagnóstico e a prescrição de medicamentos eficazes ao doente não são suficientes para que o tratamento seja realizado. Recentes estudos⁽³⁾ realizados no Brasil comprovam que o nível de educação incipiente, o baixo nível socioeconômico, o mercado de trabalho informal e os hábitos de vida prejudiciais à saúde são os fatores relacionados à população que menos adere ao tratamento. Vale ressaltar, sobre esse ponto de vista, o seguinte questionamento: como tratar uma doença, reconhecidamente de determinação social, com procedimentos típicos do enfoque bacteriológico⁽⁴⁾?

As pesquisas sociais e comportamentais sobre as pessoas que adoecem auxiliam, portanto, na compreensão da dimensão social e psicológica do doente. Isto é, o entendimento das condições de aceitação de diagnóstico, de tratamento e de cura pode elucidar as medidas necessárias para se combater a doença, já que a existência de tratamento e a disponibilidade da medicação não são suficientes a esse propósito.

No Município de Jacareí os índices de cura e abandono de tratamento da tuberculose não contemplavam os índices preconizados pelo Ministério da Saúde. Em 1997, a equipe do Programa

de Controle da Tuberculose (PCT) contava com o médico tisiologista e uma auxiliar de enfermagem. Todos os pacientes realizavam o tratamento auto-administrado. No ano seguinte, a equipe passou a contar com os profissionais das áreas de psicologia, serviço social e farmácia. O acréscimo do quadro da enfermagem e o atendimento da co-infecção pelos médicos infectologistas possibilitaram a ampliação da assistência aos doentes. A partir da ampliação desta equipe, foi possível promover a implantação gradual do Dots (*Direct Observed Treatment Short-Course*)⁽⁵⁾.

Método

Considerou-se que, além da supervisão da ingestão do medicamento, o tratamento supervisionado compreende, sobretudo, o acolhimento do paciente e de seus familiares. Este acolhimento envolveu múltiplas ações, dentre elas:

1. Acolhimento multidisciplinar do paciente e de seus familiares

Considerando que as concepções de saúde e doença são distintas, dependendo do meio sociocultural em que o sujeito se insere, a imposição de um tratamento medicamentoso, razoavelmente longo, pode não ser facilmente recebida pela grande maioria da população que adoece de tuberculose⁽⁶⁾. A importância da terapia medicamentosa é um conceito científico que nem sempre pode ser compreendido e aceito pelas pessoas que não compartilham desse paradigma. O acolhimento multidisciplinar do paciente e de seus familiares tem como objetivo propiciar o conhecimento mútuo das impressões sobre doença e tratamento, promover esclarecimentos e procurar estabelecer o vínculo que favoreça a confiança no saber científico.

2. Atendimento psicológico e social do paciente

O adoecer envolve questões que ultrapassam os limites da biologia. Da mesma forma que se concebe que o processo de adoecimento da tuberculose requer uma explicação multifatorial, e não somente a relação de causa e efeito entre o bacilo e o corpo infectado, ressalta-se a importância de se conduzir maior entendimento em relação ao sujeito doente e seu tratamento. Justamente por existir um sujeito mediador entre o bacilo de Kock e a quimioterapia, é importante olhar e escutar esse sujeito. Submeter-se a um tratamento requer a aceitação do lugar social de “doente”, destituindo-se, em algumas vezes, de outros papéis sociais, como de provedor da família. Sendo a tuberculose uma enfermidade que está associada, no imaginário social, à pobreza e aos vícios, traz efeitos de estigmatização⁽⁷⁾, pois qualifica o sujeito como “causador” de sua própria doença. O atendimento psicológico e social busca possibilitar maior compreensão sobre o processo de adoecimento e acompanhar o tratamento e as implicações que este pode acometer.

3. Aquisição de recursos favorecendo o Dots

A situação familiar, as carências pessoais, a dependência química⁽⁸⁾ e a miséria pecuniária são alguns dos motivos identificados como contribuintes no abandono do doente por seu tratamento. Busca-se, portanto, promover algumas condições favoráveis, como o fornecimento de cestas básicas e vale-transporte, para que o sujeito possa realizar seu tratamento.

4. Aconselhamento para teste de HIV

As medidas de prevenção e controle do HIV e da tuberculose não podem ser pensadas separadamente. Ao se considerar que a co-infecção pode elevar em 25 vezes o risco de desenvolver a tuberculose doença⁽⁹⁾, diante dessa última, é importante investigar a sorologia para o HIV. Tal procedimento requer a prática de aconselhamento⁽¹⁰⁾ ao paciente, ou seja, a orientação

e o preparo para um possível diagnóstico positivo.

5. Busca ativa dos faltosos

O acolhimento mencionado anteriormente tende a facilitar a busca dos faltosos, já que as visitas domiciliares e o contato com os familiares estão presentes durante o tratamento, independente da assiduidade na tomada da medicação. Contudo, por razões diversas, que mereceriam outro estudo e outra abordagem, existe o não comparecimento do paciente à consulta ou ao Dots. A intervenção, nesse caso, é de busca ativa dos faltosos e a retomada do acolhimento inicial.

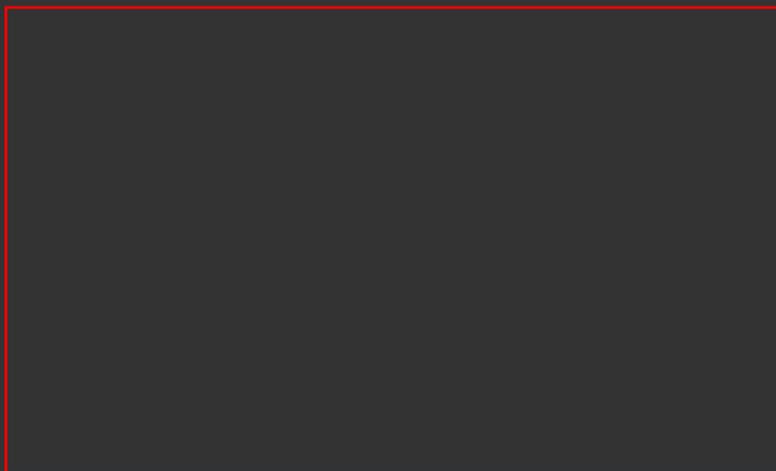
Partindo dessas ações, efetuou-se o levantamento estatístico do número de pacientes submetidos ao tratamento supervisionado, correlacionando-o com os índices de cura e abandono de tratamento entre 1998 e 2003. A fonte utilizada foi o banco de dados do sistema informatizado de notificação compulsória (EPI-TB), desenvolvido pelo Estado de São Paulo.

Resultados

No início da ampliação da equipe do PCT, em 1998, nenhum paciente realizou o tratamento supervisionado. Os índices de cura e abandono foram de 74% e 9,20%, respectivamente. A evolução destes índices pode ser observada no gráfico a seguir.

Gráfico 1

Índices de cura, abandono e implantação DOTS



Fonte: banco de dados EPI-TB – Depto. de Vigilância à Saúde de Jacareí

Em 2003, cerca de 45% dos pacientes realizaram o tratamento supervisionado. Os índices de cura e de abandono foram de 87,8% e 1,20%, respectivamente, alcançando os índices preconizados pelo Ministério da Saúde.

Discussão

Ainda que se compreendam as dimensões sócio-econômica e psicológica no processo de adoecimento, a tuberculose exige soluções prementes para a quebra da cadeia de transmissão. Embora muitos pacientes se submetam inicialmente à terapia medicamentosa, em busca, também, da recuperação imediata de sua saúde, no decorrer de seu tratamento podem tornar-se assintomáticos.

Considerando que os diferentes valores culturais subjacentes da sociedade influenciam na maneira de diagnosticar e tratar as doenças⁽¹¹⁾, os pacientes que não compartilham do saber científico, e não estabeleceram o vínculo que envolve confiança e crença na autoridade desse saber, podem abandonar seu tratamento, já que a ameaça em perder a saúde (os sintomas) desapareceu⁽¹²⁾.

O Dots, aplicado em sua amplitude — ou seja, não compreendendo apenas o fornecimento de medicação ao paciente, mas, inclusive, seu acolhimento —, tem se mostrado uma prática efetiva na aderência ao tratamento da tuberculose.

Este estudo demonstra que o aumento de casos de doentes em tratamento supervisionado vem acompanhando o acréscimo no número de curas e a diminuição dos abandonos de tratamento.

Agradecimentos

A todos os profissionais da equipe do Programa de Controle da Tuberculose, em especial ao dr. Leonardo C.C. Reis. À Divisão de Tuberculose, do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”. À diretora do Departamento de Vigilância à Saúde, Marisa Braga, e ao secretário de Saúde do Município de Jacareí, Eduardo Guadagnin. À Adriana Pereira Silva.

Referências Bibliográficas

1. Bardet, Jean-Pierre *et al.* Peurs et Terreurs face à la contagion – Chólera, Tuberculose, syphilis XIX – XX siècles. Paris, Librairie Arthème, 1988.
2. Re-emergente é o termo utilizado para designar uma doença que reaparece após um período de declínio significativo. Ruffino-Netto. “A associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar”. Revista Saúde Pública. São Paulo, 1989; 13:183-94.
3. Gonçalves, Helen. Peste Branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002. Gonçalves, Helen *et al.* “Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, RGS, na perspectiva do paciente”. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: out/dez, 1999; 15:4. Lima, Mary Braga *et al.* “Estudos de casos sobre abandono de tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes”. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: jul/ago, 2001;17:4.
4. Carbone, Maria Herminda. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.
5. Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. Tratamento Supervisionado. São Paulo, 2001.
6. Boltanski conclui, a partir de um estudo sobre o consumo médico nas diversas classes sociais, que as formas de perceber, tolerar e tratar as sensações mórbidas diferem, dependendo do meio social em que o sujeito se insere. Boltanski, Luc. Los Usos Sociales del Cuerpo. Argentina: Ediciones Periferia, 1975. Boltanski, Luc. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Ed Graal Ltda, 1979.
7. Sontag, Susan. La maladie comme métaphore. Paris: Seuil: 1979.
8. Oliveira, Helenice B.; Filho, C. Moreira. “Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, São Paulo, Brasil, 1993-1994”. Revista

de Saúde Pública. São Paulo: 2000; 34:5.

9. Keit-Pontes, Ligia R. S. *et al.* "Tuberculose associada à Aids: situação da região do nordeste brasileiro". Revista de Saúde Pública. São Paulo: 1997; 31:4.

10. Ministério da Saúde. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) - Integrando Prevenção e Assistência. Brasília: 2004.

11. Helman, Cecil G. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

12. Lefrève, Fernando. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez, 1991.

Agência Paulista de Controle de Doenças

*Bepa - Av. Dr. Arnaldo, 351 - 12º andar, s. 1.218
Tel.: (11) 3066-8823 / 3066-8824
e-mail: bepa-agencia@saude.sp.gov.br*