

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCISCO FLÁVIO COSTA LOPES
FRANCISCA ALVES DE ARAUJO
MARIELLE RIBEIRO FEITOSA
ROBERTO OLIVEIRA RODRIGUES
SUANY ACHERMAN AMBRÓSIO

**TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE, NA VISÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

São Luís
2009

FRANCISCO FLÁVIO COSTA LOPES
FRANCISCA ALVES DE ARAUJO
MARIELLE RIBEIRO FEITOSA
ROBERTO OLIVEIRA RODRIGUES
SUANY ACHERMAN AMBRÓSIO

**TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE, NA VISÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORÓ-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves
Gama

São Luís

2009

FRANCISCO FLÁVIO COSTA LOPES

**FRANCISCA ALVES DE ARAUJO
MARIELLE RIBEIRO FEITOSA
ROBERTO OLIVEIRA RODRIGUES
SUANY ACHERMAN AMBRÓSIO**

**TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE, NA VISÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo-USP

Prof^a Àrina Santos Ribeiro (Examinadora)

Mestre em Saúde e Ambiente
Universidade Federal da Maranhão-UFMA

Aos nossos pais, professores e orientadora
Mônica pela força, determinação e incentivo,
com carinho!

A adversidade desperta em nós capacidades, que em circunstâncias favoráveis, teriam ficado adormecidas...

Horácio

RESUMO

A estratégia do tratamento diretamente observável de curta duração (DOTS) continua sendo uma das prioridades para que o Programa de Controle de Tuberculose (PCNT) atinja a meta de curar 85% dos doentes, diminuir a taxa de abandono evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da tuberculose no país. O objetivo desta investigação é analisar quantitativamente através da visão da equipe executora, a prática do tratamento supervisionado da tuberculose, na visão de profissionais de saúde. O estudo consistiu em uma pesquisa do tipo prospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, que utilizou um questionário de perguntas abertas e como instrumento de coleta de dados a uma amostra de 44 profissionais de saúde regularmente matriculados na Turma 3E do Curso de Especialização em Saúde da Família na Instituição LABORO-Excelência em Pós-Graduação no período de maio a julho de 2008. Os resultados foram: 11,1% dos profissionais já foram treinados, 69,5% dos profissionais entendem que o TS é a supervisão da tomada da medicação, 30% dos profissionais consideraram a resistência do paciente ao tratamento a maior das dificuldades e 23% dos profissionais afirmam melhorias nos índices de cura e abandono. Considerando esses dados, percebe-se que parte desses profissionais de saúde, não está preparada o suficiente para a execução desta prática refletindo a necessidade de um treinamento específico das equipes para enriquecer e direcionar a supervisão terapêutica apropriada e conseqüente mudanças nos indicadores epidemiológicos.

Palavras-chave: Tratamento Supervisionado. Controle da tuberculose. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

The strategy of directly observed treatment short course (DOTS) remains a priority for the Tuberculosis Control Program (PCNT) reach the goal of curing 85% of patients, decrease the rate, avoiding the emergence of resistant strains and allowing an effective control of tuberculosis in the country. The objective of this research is analyzed quantitatively by executing the team's view, the practice of supervised treatment of tuberculosis, in view of health professionals. The study consisted of a prospective type of research, descriptive with quantitative approach, using a questionnaire of open questions and data collection instrument to a sample of 44 health care professionals regularly enrolled in Class 3E Course of Specialization in Family Health Labor-institution in the Graduate Excellence in the period May to July of 2008. The results were: 11.1% of professionals have been trained, 69.5% of practitioners believe that the TS is supervising the taking of medication, 30% of professionals considered the patient's resistance to treatment the greater the difficulties and 23% professionals say improvements in the rates of healing and neglect. Considering these data, we find that these health professionals, are not prepared enough for the implementation of this practice reflects the need for specific training of staff to enhance the supervision and direct appropriate therapy and consequent changes in the epidemiological indicators.

Key words: Supervised treatment, control of tuberculosis, health care professionals.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	17
2.1 Geral	17
2.2 Específicos	17
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
5 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICES	31
ANEXOS	34

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose é um problema grave mundial de saúde pública, onde as taxas de mortalidade e morbidade continuam crescentes. A cada ano 10 milhões de pessoas adoecem e 3 milhões delas morrem da TB no mundo, mesmo contando com drogas efetivas e distribuídas gratuitamente pelos governos. A alta taxa de abandono do tratamento e o conseqüente desenvolvimento de bacilos resistente a todas as drogas do mercado atuam silenciosamente aos olhos e complacência dos órgãos de saúde, causando efeitos catastróficos (BRASIL, 2002,2006). Segundo Cotarelli (2005), no Brasil, estima-se que:

Ocorrem 100 mil casos novos de tuberculose pulmonar anualmente, o que significa 1 milhão em uma década. Isso situa nosso país em 14º. lugar em números absolutos. Também a mortalidade continua elevada em nosso país, ao redor de 6 mil óbitos por ano. Por isso, diagnosticar e tratar o mais rápido possível a TB, ainda é a grande medida prática para salvar vidas e recuperar a saúde dos enfermos. Antes do tratamento 50% dos doentes não tratados morriam 25% tornavam-se crônicos, e 25% curavam-se espontaneamente. Hoje o método de redução da TB na sociedade é a busca de casos novos e do seu tratamento adequado.

Anualmente notifica-se no Brasil perto de 100 mil casos de tuberculose sendo que, destes, 85 mil casos são novos. Morrem cerca de 6 mil pacientes no País. O aumento da ocorrência da resistência medicamentosa e da Multidrogaesistencia (MDR) é outra preocupação do programa (BRASIL, 2009).

Os esclarecimentos de Rosemberg; Tarantino (2002) confirmam que, para que sejam obtidos resultados satisfatórios “é imperiosa uma quimioterapia adequada e correta. Esta só é possível, em termos de saúde pública, transferindo a responsabilidade da vigilância para os serviços de saúde para fazerem a supervisão da tomada dos medicamentos pelo pacientes”. De acordo com Paiva (2006), no Estado do Maranhão tem sido notificado com em média de 2 mil a 3 mil casos novos ao ano. Possui 217 municípios e 22 deles, são considerados prioritários por concentrarem mais de 50% da carga bacilar, sendo que na capital São Luís, é diagnosticado quase 30% de todos os casos. A taxa de incidência de casos novos de tuberculose tem se mantido em menos de 45 por 100.000 habitantes nos últimos cinco anos. (Anexo A).

Segundo Rosemberg; Tarantino (2002), no estado atual dos conhecimentos, a mais eficiente arma para o controle global da TB é a estratégia DOTS (Tratamento

Diretamente Supervisionado de Curta Duração), a ser exposta mais à frente neste trabalho. A Organização Mundial de Saúde (2002) recomenda enfaticamente a adoção da estratégia DOTS, a tal ponto que, no último relatório sobre a situação da TB no mundo, “os países são classificados segundo sua atitude em relação à aplicação desse procedimento no programa de controle da TB”. De acordo com (Brasil,2009).

A tuberculose é curável. E o DOTS (sigla em inglês para Estratégia do Tratamento Supervisionado da Tuberculose) é uma proposta de intervenção que aumenta a probabilidade de cura dos doentes em função da garantia do tratamento assistido, contribuindo para a interrupção da transmissão da doença. É uma estratégia de controle da tuberculose recomendada internacionalmente. Cura pacientes, salva vidas, reduz a transmissão e previne o aparecimento e disseminação da TB-MR.

Mundialmente mais de 1,2 milhões de pessoas têm recebido esta forma de tratamento, alcançando taxas de cura em torno de 80%. Locais como República Unida da Tanzânia, EUA, China, Peru, Bangladesh, Nepal, adotaram a estratégia DOTS (MUNIZ et al., 2000; MONTERO, 2004 (Anexo C)

Observa-se nestes países melhoria nos indicadores epidemiológicos demonstrados, através do aumento das taxas de cura e diminuição nas taxas de abandono. Países com a taxa de cura abaixo de 50% estão alcançando taxas de cura entre 80% a 95% (MUNIZ et al., 2000). Os autores acima esclarecem que, além de modificar o perfil epidemiológico da TB, o emprego da estratégia DOTS, apresenta outras vantagens como:

Sua eficiência sem hospitalização torna o tratamento disponível e de baixo custo; fornece a defesa mais conhecida contra o desenvolvimento de linhagens de *Mycobacterium tuberculosis* multiresistentes resultantes de repetidas terapias, tratamentos incompletos ou sem sucesso, possibilitando o aparecimento de casos de tratamento difícil e caro.

A adoção desta estratégia segundo Brasil (2009), “exige um compromisso governamental em garantir os recursos para o controle da tuberculose; organizar os serviços para a descoberta, o diagnóstico e o tratamento de caso; promover o diagnóstico mediante o exame de escarro nos sintomáticos respiratórios que procuram os serviços de saúde; garantir o fornecimento regular dos medicamentos e insumos para todos os laboratórios em todos os serviços de saúde e estruturar um sistema de informação eficiente de registro e acompanhamento dos doentes até a cura”.

Segundo o secretário de saúde, Jarbas Barbosa, em 2001 apenas 21% das unidades de saúde possuíam TS. Em 2004, esse número pulou para 52%. Assim para controlar a TB no país e tratar todos os casos descobertos, o ministério investirá até 2007 cerca de R\$ 119,5 milhões, em capacitação de profissionais, aquisição de medicamentos, campanhas de divulgação, apoio aos laboratórios e repasse de recursos aos estados e municípios (RUFINO NETO, 2002).

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta basicamente o parênquima pulmonar. Caracteriza-se com um período de latência (em geral prolongado) entre a infecção inicial e a doença evidente, pneumonia acentuada (apesar de outros órgãos poderem ser comprometidos) e resposta granulomatosa associada à intensa inflamação (SMELTZER; BARE, 2002).

A TB dissemina-se de pessoa a pessoa por transmissão aérea, pois quando uma pessoa infectada produz aerossóis (geralmente partículas de 1 a 5 µm de diâmetro) através da fala, tosse, espirro, gargalhada ou canto, as grandes gotículas assentam no solo; as menores permanecem suspensas no ar e são inaladas pela pessoa susceptível tornando-se infectada (BRASIL, 2002; VERONESI; FOCACCIA, 2002).

Para os referidos autores, “as características dos focos (doentes eliminadores de bacilos) e dos comunicantes (contatos), bem como o ambiente e a maneira como ocorrem suas relações, interferem na transmissão da tuberculose”. Por sua vez, Padro; Ramos; Valle (2001) consideram que “as condições de aeração do ambiente também estabelecem contágio. Ambientes bem ventilados, com troca do ar constante proporcionam uma maior segurança na prevenção da transmissão”. Ressaltam também que “hospitais ou serviços ambulatoriais constituem ambientes de riscos para outros doentes, bem como para os profissionais de saúde, sendo necessário estabelecer medidas especiais de proteção e controle”.

Na tuberculose pulmonar a tosse está presente em praticamente todos os pacientes, devendo-se ao estímulo causado pelo processo inflamatório alveolar ou ao comprometimento granulamatoso das vias aéreas. No início é seca, podendo acompanhar-se, na evolução da doença, de expectoração mucosa ou purulenta, geralmente em pequena quantidade, às vezes hemoptóicos (BRASIL, 2002).

Ao discorrer sobre os sintomas da Tuberculose Pulmonar, Smeltzer; Bare (2002) diz que, além da tosse com quantidades variáveis de escarro, por três semanas ou mais, também pode apresentar dispnéia (em lesões mais avançadas), dor torácica (quando há comprometimento da pleura), rouquidão. Quando a tosse e os outros sintomas não são muito valorizados pelo paciente, a rouquidão pode ser motivo da procura pela assistência médica, daí a importância na prática clínica (ver anexo B).

O histórico completo, o exame físico, o teste cutâneo tuberculínico, o raio X de tórax, a sementeira do bacilo álcool ácido-resistente (BAAR) e a cultura de exame são utilizados para o diagnóstico de TB pulmonar e extra pulmonar. Assim, se a pessoa foi infectada com TB, os raios X de tórax geralmente revelam lesões nos lobos superiores e a sementeira do BAAR contém micobactéria (SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo Brasil (2002), no histórico será também analisado os contatos, intradomiciliares ou não, com uma pessoa com TB, história de tratamento anterior para TB, presença de fatores de risco para o desenvolvimento da TB doença (infecção pelo HIV, diabetes, câncer, etilismo, dentre outros).

O autor acima argumenta que “ao contrário do que muitos pensam, a TB tem cura. Desde 1944 se conhece os medicamentos capazes disso, mas, para que haja um controle efetivo da doença, é indispensável que se detecte a TB ativa e se institua o tratamento correto”. De acordo com Silva (2002), a Tuberculose deve ser tratada em regime ambulatorial, considerando-se que:

A hospitalização será indicada nas seguintes condições: meningite tuberculosa; intolerância medicamentosa incontrolável e esquema ambulatorial; cirurgia diretamente ligada à tuberculose; intercorrência clínica e/ou cirúrgicas graves; e grave comprometimento do estado geral.

O tratamento da Tuberculose é padronizado no Brasil. Suas medicações são distribuídas pelo sistema de saúde, através de seus postos municipais de atendimento. O tratamento inicial (preferencial) chama-se RHZ (rifampicina (R), isoniazida (H) e pirazinamida (Z)). A cura usando o esquema RHZ por 6 meses, que é preconizado pelo sistema público de saúde, aproxima-se de 100% quando a medicação é utilizada de forma regular, ou seja, todos os dias, tratamento este bastante eficaz (ABC DA SAÚDE, 2005).

Por ser considerada uma doença de evolução crônica ou subaguda, a sintomatologia tende a ser insidiosa de intensidade crescente, “podendo apresentar

períodos de remissão e relativo bem-estar, levando ao abandono. Assim, em aproximadamente 66% dos pacientes, a demora para a procura por assistência médica chega até aos três meses” (VERONESI; FOCACCIA, 2002).

Por outro lado, Prado; Ramos; Do Valle (2001) acrescenta que o tratamento por sua facilidade posológica, “quase sempre permite administração em regime ambulatorial. Recomenda-se que seja preferencialmente supervisionado, de modo a assegurar regularidade no uso dos medicamentos”.

O tratamento supervisionado (TS), foco da estratégia do Tratamento Diretamente Observável de Curta Duração (DOTS), é preconizado no tratamento de Tuberculose (TB), com o objetivo de “reduzir a mortalidade, a morbidade e a transmissão da doença, principalmente, aos portadores de difícil adesão, ou seja, àqueles que não seguem as recomendações médicas e tendem ao abandono sem alcance da cura” (BERGEL; GOUVEIA, 2005).

O DOTS significa tratamento diretamente observável de curta duração. Compreendem um corpo de medidas que se complementam definidas pela Organização Municipal de Saúde (OMS), como os cinco pilares da estratégia. Constituem-se em: 1) Detecção de casos por microscopia; 2) Tratamento diretamente observável e monitorado; 3) Provisão regular das drogas; 4) Sistema eficiente de registro de dados; 5) Compromisso político no controle da TB (MUNIZ et al., 2000).

Entende-se como tratamento supervisionado (TS) ou diretamente observável a terapia que consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose da medicação. Este procedimento pode ser realizado em qualquer unidade de saúde ou hospital ou no domicílio do paciente. O observador pode ser um profissional de saúde ou um agente da comunidade, treinado e motivado para tal tarefa (PRADO; RAMOS; VALLE, 2001).

Para que possa ser implantado o tratamento supervisionado no município há princípios básicos necessários, ou seja, condições mínimas exigidas pelo Ministério de Saúde que, de acordo com Montero (2004) podem-se citar:

- a) É fundamental observar o paciente “engolir” os medicamentos. Não adianta apenas observar as embalagens do medicamento vazias e pressupor que o doente ingeriu os mesmos;
- b) Regularidade no fornecimento da medicação. O *Mycobacterium tuberculosis* rapidamente torna-se resistente às drogas se o tratamento for inadequado ou interrompido por qualquer razão. Assim, é fundamental aos programas de controle de cada país, o planejamento e gerenciamento da medicação, em seus diversos níveis, garantindo a medicação para seus pacientes;
- c) Deve-se desenvolver uma equipe de trabalho treinada e interessada, e para isso há necessidade de sensibilizar e preparar todos os profissionais envolvidos no tratamento;
- d) Oferecer incentivos ao paciente para encorajar a sua adesão, os recursos provenientes do bônus pela alta cura devem ser utilizados para viabilizar vale transporte, lanche, auxílio alimentação e outros como: desenvolver atividades com o doente de forma a promover sua cidadania;
- e) Estabelecer uma rede laboratorial com suporte de recursos humanos e materiais, utilizar o recurso do bônus da baciloscopia para qualificar a rede laboratorial;
- f) Apoio e controle das coordenações local e central na operacionalização;
- g) Sistema de informação para monitorar os casos, tratamento, evolução e resultados, utilização do Cartão de acompanhamento do TS, Livro de registro de casos de TB(ver anexo E);
- h) Criação/implementação de unidades de referência.

Fazendo-se referência as principais vantagens da estratégia DOTS, Rosemberg; Tarantino (2002) ressalta:

- a) Altos índices de cura, chegando a 98% ou mais nos bons programas, contra 40% em muitos outros;
- b) Novas infecções. As negativas dos pacientes em tratamento ocorrem mais rapidamente e a quebra do elo do contágio é muito mais segura;
- c) Praticamente torna-se impossível o desenvolvimento da resistência dos bacilos às drogas;
- d) Não há necessidade de novas estruturas na rede de saúde. A supervisão direta do tratamento pode ser feita por profissionais de saúde de qualquer nível ou por voluntário rapidamente treinado;
- e) Custo benefício baixo. O Banco Mundial coloca o DOTS como o procedimento mais barato de todas as ações de saúde;
- f) Não onera o orçamento do Programa de Saúde. Prescinde de qualquer verba adicional;
- g) Enfim, a estratégia DOTS é a ação importante no controle da TB, porque é um dos raros casos em que o tratamento é profilaxia, negativa rapidamente os pacientes, evitando o contágio e aparecimento de novos casos.

Em se tratando de tratamento supervisionado diz-se que é “recomendável como estratégia para diminuir o número de pacientes que abandonam o tratamento, elevarem taxas de cura e, portanto, reduzir a transmissão e o risco de desenvolvimento de resistência às drogas” (MUNIZ et al., 2000; MONTERO, 2004). Não dá para prever quem vai aderir ao tratamento, não há como distinguir entre os pacientes que aderem ou não. O ideal seria a implantação desta estratégia em todos os municípios e para todos os pacientes (MONTERO, 2004).

Caso seja demonstrada ou prevista à desobediência ao tratamento com base em fatores de risco como:

Uso abusivo de um ter caso fixo; uso abusivo de substâncias, distúrbio de personalidade ou pensamento, barreiras de linguagem ou culturais, o tratamento supervisionado beneficia os pacientes, seus contatos futuros e, em última instância, toda a comunidade. A terapia sob observação direta seria a única forma factível de abortar a crescente prevalência à tuberculose, em geral, e da tuberculose MDR, em particular, em determinadas comunidades e populações (MONTERO, 2004).

No entendimento de Montero (2004), a realização do tratamento supervisionado pressupõe “flexibilidade de atendimento”. Portanto, torna-se necessário adequar o atendimento de acordo com as necessidades dos doentes e não às do serviço. Isso possibilita várias modalidades de atendimento, a saber:

a) Ambulatorial (segunda a sexta-feira), onde o doente comparece a unidade para receber a medicação.

b) Ambulatorial – (semanalmente), mínimo de 3 vezes por semana na fase de ataque – 2 primeiros meses – e mínimo de 2 vezes por semana na fase de manutenção – 4 meses.

c) Hospitalar, o doente diariamente (segunda a domingo) recebe a medicação supervisionada onde o profissional observa o doente engolir os medicamentos;

d) Prisional, o doente diariamente (segunda a domingo) recebe a medicação supervisionada – a profissional da saúde ou o agente de segurança penitenciária observa o doente engolir os medicamentos;

e) Domiciliar, o doente recebe a visita de um profissional de saúde das USF's, para realizar o TS seja diária ou semanal;

f) Compartilhada, é quando o tratamento é realizado por duas unidades – unidades de tratamento e unidade de residência do doente, esse tratamento deve ser recomendado para municípios que ainda apresentam o tratamento centralizado e já possuem equipes de PSF/PACS e as unidades de referência que realizam tratamento de doentes que não se encontram na sua área e abrangência;

g) Apadrinhada, caso não seja possível escolher nenhuma das modalidades acima a unidade poderá propor ao paciente que uma pessoa de sua família ou da comunidade treinada pelos profissionais de saúde da unidade para realizar o TS diariamente. A unidade deve visitar semanalmente o doente e o padrinho para

monitorar o TS. No caso dos doentes multidroga resistente (MDR) a supervisão deverá ser diária durante toda a duração do tratamento (18 meses).

Em se tratando das normas brasileiras, Prado; Ramos; Valle (2001) sugerem pelo menos três observações semanais da tomada dos medicamentos nos primeiros dois meses e uma observação semanal até o final. Podendo ser realizado de forma direta na unidade de saúde pelos profissionais, ou no local de trabalho e na residência do paciente, por meio de visitador sanitário ou de agente comunitário de saúde.

Esclarecem ainda que, além da supervisão da gestão do medicamento o tratamento supervisionado compreende, sobretudo, “o acolhimento do paciente e de seus familiares”. Assim, 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 maioria da população que adoece de TB”.

A avaliação global do rendimento da estratégia DOTS, em 1996, nas seis regiões de ação da OMS mostrou que no Pacífico Oeste as curas alcançaram 93,1%, no Mediterrâneo Leste 85,7%, Américas 81,5%, Europa 71,5%. Confrontando com os rendimentos dos tratamentos não-DOTS, verifica-se que, em geral, o DOTS forneceu de duas a três vezes mais sucesso (ROSEMBERG, 1999).

No Ceará existem oito municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT): Caucaia, Crato, Fortaleza, Itapajé, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Sobral (BRASIL, 2005).

Das 1782 unidades de saúde do estado, 49,9% (890) desenvolvem atividade do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e, destas, 20,9% (186) implantaram a estratégia de tratamento supervisionado.

Diante do exposto o presente trabalho teve como objetivo estudar práticas e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o tratamento supervisionado no controle da Tuberculose no curso de Pós-Graduação em Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar práticas e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o tratamento supervisionado no controle da Tuberculose.

2.2 Específicos

- Conhecer a atuação dos profissionais de saúde incluídos no estudo;
- Conhecer o perfil de capacitação técnica para execução do Tratamento Supervisionado;
- Identificar o conhecimento dos profissionais estudados acerca das normas estabelecidas para o tratamento supervisionado da Tuberculose;
- Conhecer a prática na assistência aos portadores de tuberculose dos profissionais de saúde estudados;
- Apresentar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na realização do Tratamento Supervisionado;
- Descrever as melhorias apontadas pelos profissionais de saúde após a implantação do Tratamento Supervisionado.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo consistiu em uma pesquisa do tipo prospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, realizada em uma instituição de ensino de Pós-Graduação privada, que oferece cursos na área da Saúde da Família em São Luís - MA.

A população do estudo constituiu-se dos profissionais de saúde regularmente matriculados na Turma 3E do Curso de Especialização em Saúde da Família na Instituição LABORO-Excelência em Pós-Graduação. A referida turma conta com diferentes categorias profissionais da área da saúde, sendo estabelecido como critério de inclusão alunos médicos ou enfermeiros. Profissionais de outras áreas da saúde não foram incluídos na análise de dados.

Para coleta dos dados foi utilizado o questionário com perguntas abertas e fechadas, previamente elaborado pelos pesquisadores e posteriormente operacionalizado através de sua aplicação aos profissionais de saúde do Curso de Especialização em Saúde da Família da referida instituição. (Apêndice A). O questionário foi entregue aos alunos no início das aulas e recolhido no final destas no período de maio a julho de 2008.

Análise dos dados

Após a coleta foi feita a organização e interpretação dos dados a partir de tabulação e cálculos estatísticos de porcentagem no programa Excel versão 2003.

Considerações éticas

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – UFMA e realizado em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, em que os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa.

No presente estudo considerou-se correta a resposta quanto ao conceito de tratamento supervisionado quando o entrevistado respondeu (BRASIL, 2002)

... tratamento supervisionado requer a supervisão da ingestão dos medicamentos, na unidade de saúde ou na residência, assegurando-se que o doente os tome em uma única dose diária. A ingestão dos medicamentos deve ser assistida no local de

escolha do doente pelo profissional de saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de se/ou um membro da família devidamente orientado para essa atividade. A supervisão da tomada da medicação, poderá ser feita com pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana, até o seu final.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para caracterização da amostra foram levadas em consideração variáveis de acordo com o Tratamento Supervisionado da Tuberculose, na visão de profissionais de saúde regularmente matriculados numa turma do Curso de Especialização em Saúde da Família, sendo elas: categoria profissional, o conceito, a capacitação técnica dos profissionais de saúde, a forma de realização, as mudanças na rotina de trabalho, as dificuldades para realização e as melhorias alcançadas no percentual de cura e abandono com o tratamento .

Participou do estudo um total de 44 sujeitos. Desses, 36 foram aplicados os questionários - profissionais que não médicos ou enfermeiros não foram incluídos na análise de dados. Todos os questionários entregues foram devolvidos respondidos. Assim, a partir do resultado dos dados coletados, foram analisados os percentuais relevantes e discutidos a seguir.

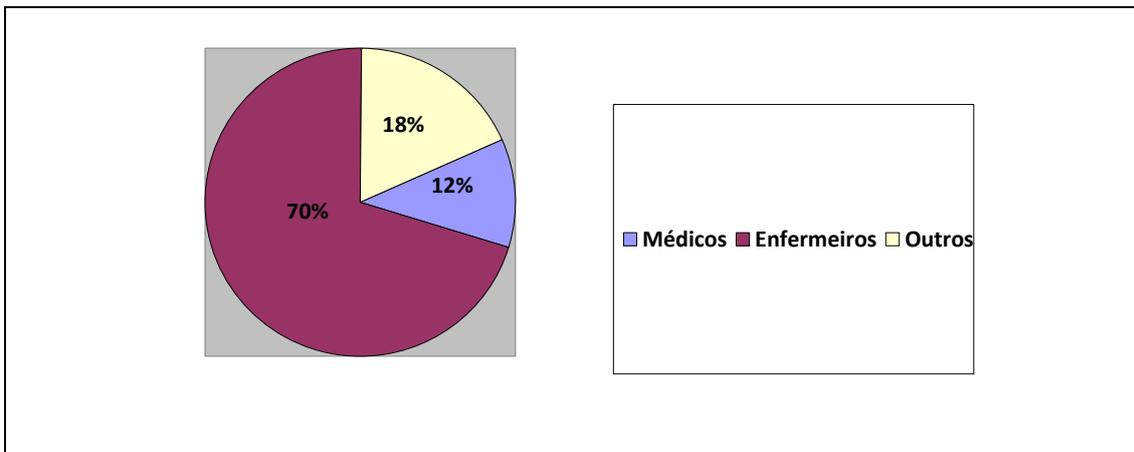


Gráfico 1 Distribuição percentual dos 36 entrevistados, quanto a categoria profissional e atividades exercidas dos entrevistados com relação ao TS. São Luís/ Laboro, 2008

Pode-se observar que os médicos correspondiam a 11,4% (n = 5) da amostra, enfermeiros 70,4% (n = 31), outros profissionais da saúde corresponderam a 18,2% (n = 8). Trabalhavam em PSF 41,7% (n = 15), enquanto que 58,3% (n = 21) trabalhavam em outros serviços. Oito profissionais (22,2%) prestavam assistência à pacientes com TB e 28 não exerciam esta função (77,8%).

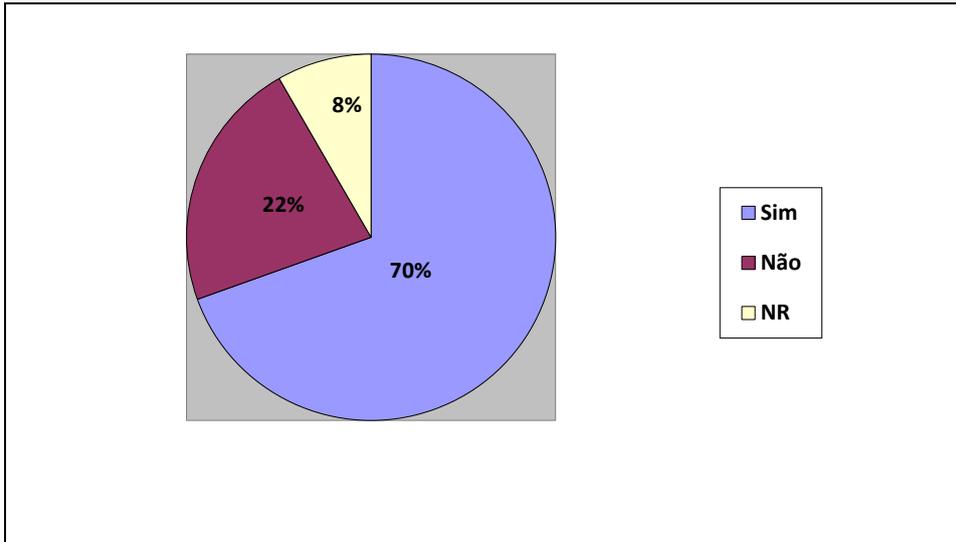


GRÁFICO 2 –Distribuição percentual dos 36 entrevistados,quanto ao relato do conceito do tratamento Supervisionado. Sao Luis/Laboro, 2008

Quando perguntado sobre o que é Tratamento Supervisionado 69,5% dos sujeitos (n = 25) responderam adequadamente de acordo com o conceito de Prado; Ramos; Valle (2001); Brasil (2002). 22,2% (n = 8) responderam de forma incorreta e em 3 casos (8,3%) não houve resposta.

Para a minoria dos profissionais o TS ainda é visto como o simples ato de estar tratando o paciente com TB como o acompanhamento com as consultas, exames, entrega da medicação gratuita, avaliação dos contatos, controle do peso entre outras. Estas fazem parte do tratamento da TB, mas não é exatamente a execução do TS como já foi apresentado.

Sabe-se que a definição do tratamento supervisionado é a terapia que consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa que passa a observar o paciente engolir os medicamentos desde o início do tratamento até a sua cura (MONTERO, 2003;BRASIL,2002).

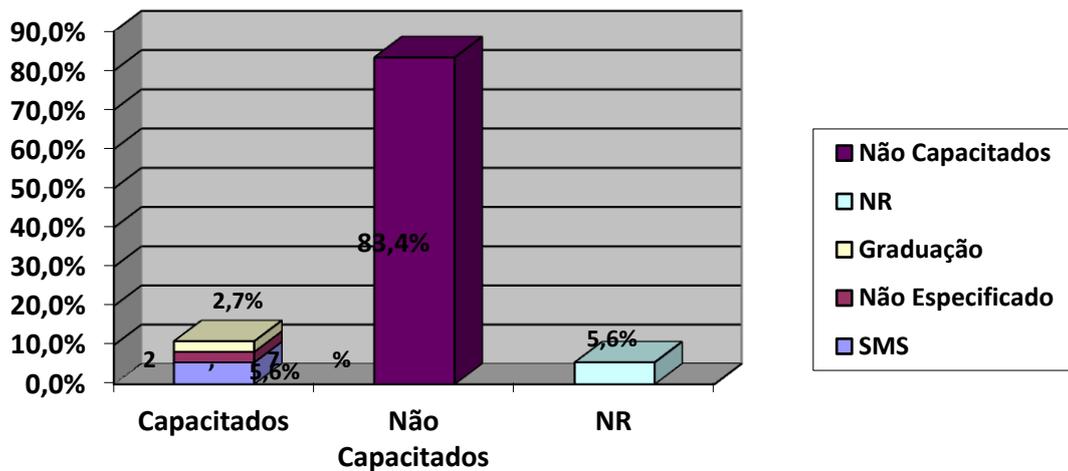


GRÁFICO 3- Distribuição percentual dos 36 entrevistados, quanto ao relato de suas capacitações técnicas na execução do Tratamento Supervisionado. São Luis/Laboro, 2008

Quando perguntados sobre a capacitação técnica para execução do Tratamento Supervisionado 4 (11,1%) responderam sim, sendo dois capacitados pela SMS em 2005 e 2006, um recebeu capacitação no Estado de Goiás em 2003, sem especificar o órgão capacitador. Outro apenas durante a graduação sem especificação do ano. Trinta (83,4%) pessoas não receberam capacitação e não houve respostas em 2 (5,6%) questionados.

De acordo com o gráfico 3, a maioria dos profissionais (83,4%), afirmou não ter passado por nenhum treinamento sobre tratamento supervisionado de TB, mas 11,1% afirmaram já terem sido capacitados para tal supervisão.

Sabe-se que além da aplicação da estratégia é imprescindível a ação da equipe de saúde interessada e capacitada na orientação e manutenção da vigilância sobre os pacientes em tratamento (BRASIL, 2002).

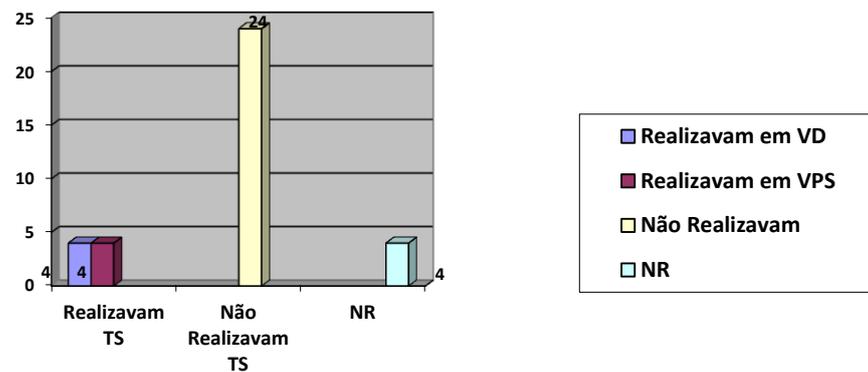
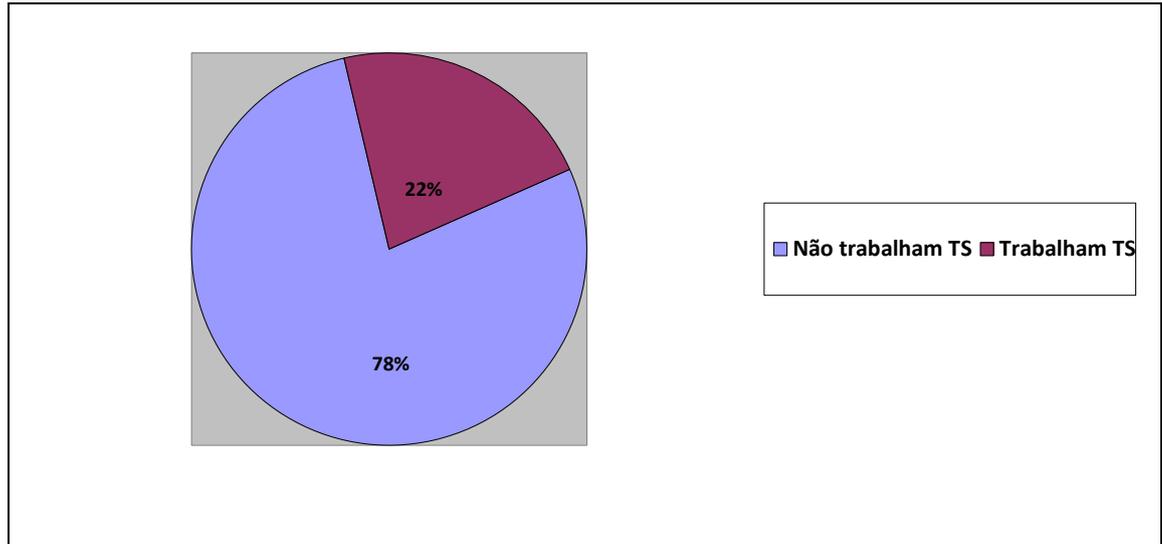


GRÁFICO 4 - Distribuição numérica e percentual dos 36 entrevistados, quanto ao relato das formas de realização do Tratamento Supervisionado nas UBSF`s.Sao Luis/Laboro, 2008

O gráfico 4, revela que apenas 22% dos profissionais trabalham com o TS. A maioria (78%) dos profissionais não trabalha com o TS.

Desses 8 (22%) profissionais que realizavam o TS, 4 responderam que realizavam ao supervisionar a 1ª dose da medicação mensal feita na UBS, e os outros 4(11%) responderam que a supervisão é feita na visita domiciliar pelos ACS's,. Vinte e quatro (66,7%) não realizavam o TS, 4 (11,1%) profissionais não responderam.

Notou-se que maioria dos profissionais ainda não tem o conhecimento

das quantidades mínimas necessárias de supervisão da tomada da medicação ou seja, da forma correta de realização do tratamento supervisionado da Tuberculose. .

De acordo com Prado, Ramos & Valle (2001) , nas normas brasileiras preconizadas pelo Ministério da Saúde, o paciente deve tomar a medicação de forma supervisionada pelo menos três vezes por semana nos primeiros dois meses, e uma vez por semana, nos quatro meses seguintes. Podendo ser realizado de forma direta na unidade de saúde pelos profissionais, ou no local e trabalho e na residência do paciente por meio do visitador sanitário ou de agente comunitário de saúde.

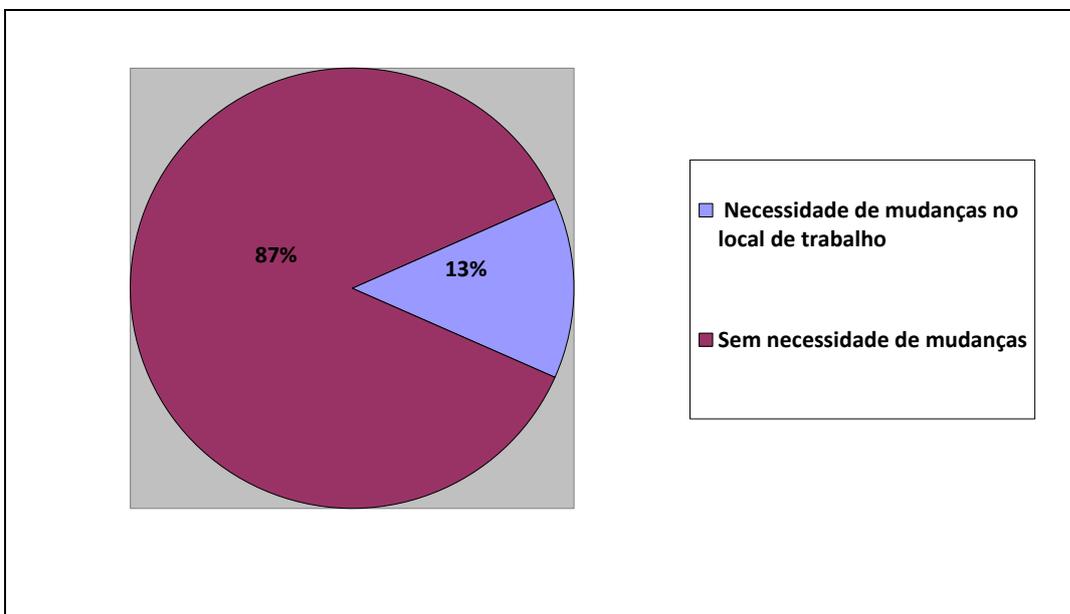


Gráfico 6– Distribuição numérica e percentual dos 36 entrevistados, quanto ao relato de mudanças na rotina das UBSF's a partir da prática do TS. Sao Luis/Laboro, 2008.

Dos 36 profissionais estudados, apenas 08 (22,2%)trabalhavam com TS. Desses, somente 01 (13%) relatou mudança no local de trabalho identificada como necessidade de treinamento da equipe de saúde.

O gráfico 6, demonstra que 87% dos enfermeiros e médicos que realizam o TS, apontam não ter havido mudanças nas atividades de rotina das USF's para implantação do TS.

Apesar de grande parte dos profissionais entrevistados afirmarem não ter havido mudanças nas atividades de rotina, parte significativa(13%) dos mesmos percebeu a necessidade de treinamento da equipe de saúde na implantação do tratamento supervisionado.

Foi observado em estudos anteriores que a implantação do TS exige mudanças nas atividades de rotina da prática diária, não só a necessidade da introdução de profissionais de saúde treinados como de mudanças nos horários das atividades, divisão de tarefas, necessitando desta forma, da disponibilidade e envolvimento dos agentes, bem como maior responsabilidade no trabalho (MUNIZ *et al.*, 2000).

Dificuldades nas UBSF's	N
Falta de profissionais capacitados	1
Falta de medicamentos	2
Efeitos colaterais dos medicamentos	1
Falta de recursos humanos	1
Disponibilidade de tempo	1
Dificuldade de acesso ao local de referência e ao domicílio	1
Resistência do paciente quanto ao tratamento	3

Quadro 1 – Distribuição numérica do relato dos entrevistados, quanto as dificuldades na prática do TS nas UBSF's.2008 - Sao Luís-MA.

A tabela 1, aponta a resistência dos pacientes na adesão ao tratamento da tuberculose (30%), como a maior dificuldade ao executar a TS seguida da falta de medicamentos(20%).

Assim, a maior das dificuldades apontadas pelos profissionais participantes foi a resistência dos pacientes ao tratamento da TB, além da falta de treinamento, efeitos colaterais dos medicamentos, falta de recursos humanos, disponibilidade de tempo, dificuldade de acesso ao local de referência e ao domicílio; e falta de profissionais capacitados concordando com o gráfico 3, quando a maioria dos profissionais (83,4%) afirmaram não terem passado por nenhum treinamento.

Há estudos demonstrando que o nível de escolaridade, ocupação e doenças associadas entre os pacientes de má adesão e abandono está fortemente relacionado, justificando a falta de esclarecimento, a importância do tratamento e a consequente dificuldade à não aceitação das medicações e recomendações de controle (BERGEL, GOUVEIA, 2001).

Melhorias nas UBSF	N
Cura da doença no tempo certo	3
Diminuição de óbitos	3
Diminuição da transmissão da doença	3
Diminuição do abandono do tratamento	1
Garantia do uso do medicamento pelo paciente	1
Melhor acompanhamento do paciente	1
Conscientização da necessidade de supervisão por parte dos profissionais	1

Quadro 2– Distribuição numérica dos relatos quanto ao alcance das melhorias nas UBSF's a partir da prática do TS.2008 - Sao Luís-MA.

Conforme o exposto na tabela 2, 3 (23%) apontam o aumento da cura no tratamento da TB, e a minoria 1(7,5%) aponta a diminuição do abandono como melhorias alcançadas com o TS na tuberculose. Além da diminuição de óbitos, diminuição da transmissão da doença, garantia do uso da medicamento pelo paciente, melhor acompanhamento do paciente e a conscientização da necessidade de supervisão por parte dos profissionais.

Já há muitos registros de vários países, inclusive o Brasil, mostrando que o DOTS pode elevar as taxas de cura. A região do centro-oeste do Brasil obteve um percentual de cura de 84,5%, e uma taxa de abandono de 1,6% com a adoção do TS no período de 1998 a 2001 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS, 2003).

5 CONCLUSÃO

Conforme o exposto através da análise dos dados coletados desta pesquisa pode-se perceber o importante papel da estratégia DOTS (tratamento supervisionado) da tuberculose. No entanto, esquemas supervisionados de tratamento ainda não estão adequados o suficiente na prática dos profissionais de saúde entrevistados. Ainda que estes, mesmo diante das dificuldades por eles citadas, tenham percebido melhorias nos índices de abandono e cura.

Com o presente estudo pode-se concluir que: de acordo com a categoria profissional, a maioria dos profissionais entrevistados é composta de enfermeiros. Metade atua com a Estratégia em Saúde da Família, porém uma minoria presta assistência a pacientes portadores da Tuberculose.

Ao serem questionados sobre o conceito do TS, foi possível observar que esses profissionais sabem da importância da supervisão para o controle da tuberculose, inclusive das ações para o desenvolvimento desta supervisão. Entretanto, ao observar a qualificação dos profissionais nesta prática, notou-se a falta de capacitação técnica ao constatar uma grande deficiência nas medidas de execução (formas de realização, profissionais responsáveis) do tratamento supervisionado do corpo social em questão comparada às preconizadas pelo Ministério da Saúde. Isso pode ser justificado pelo fato de parte significativa deles afirmar não ter passado por nenhum treinamento para execução do TS na tuberculose.

Segundo as mudanças nas atividades de rotina necessárias para a implantação do tratamento supervisionado nas USF's, os dados coletados (uma minoria) indicam apenas a necessidade de treinamento da equipe de saúde.. Ao contrário de outros estudos, por reconhecerem que este processo é capaz de modificar a estrutura de trabalho da equipe envolvida, com novas estratégias de ação, redefinição das funções, divisão do trabalho, valorização das visitas domiciliares e maior interação entre as equipes.

Em relação às dificuldades para realização do tratamento supervisionado os profissionais de saúde citaram a resistência dos pacientes como a principal delas,

além da falta de medicamentos, de transporte para o cumprimento das visitas domiciliares, a falta de treinamento, a demanda dos pacientes de outras áreas e a falta de incentivos aos profissionais, refletindo assim em um acompanhamento inadequado no tratamento supervisionado.

Contudo, parte significativa dos entrevistados demonstra entendimento sobre os objetivos da supervisão do tratamento ao apontar a garantia do uso regular das medicações, o tratamento satisfatório do paciente, o aumento das chances de cura e a eficácia na diminuição do abandono, levando a uma melhoria nos percentuais de abandono e cura.

Neste sentido, a pesquisa aponta a grande necessidade de treinamentos específicos aos profissionais de saúde das USF's para enriquecer e direcionar o desenvolvimento de uma supervisão terapêutica apropriada no controle da tuberculose, a fim de reduzir os níveis de transmissão, curar 85% e diminuir as taxas de abandono como preconizados pelo Ministério da Saúde. Cabe ainda enfatizar que o fundamental comprometimento político e financeiro como apoio na implantação desta proposta.

REFERÊNCIAS

- ABC DA SAÚDE. **Tuberculose pulmonar, 2005.** Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?432>. Acesso em: 10 abr. 2008.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose:** cadernos de atenção básica. 6. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação:** Maranhão. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ações e Programas. Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2009.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/SAUDE/visualizar_texto.cfm?idtxt=21446. Acesso em: 12 abr. 2009.
- COTARELLI, Maria de Fátima de Oliveira. **Tuberculose, 2005.** Disponível em: www.unimedjundiai.com.br/PortalUnimedJundiai/noticia.coop?idEvento=95&idA=0. Acesso em: 15 mar. 2008.
- MONTERO, Claudia Valença. **Manual de tratamento supervisionado tuberculose.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.
- MUNIZ, Jordana Nogueira et al. Construindo e organizando a prática do tratamento supervisionado no controle da tuberculose: espaço para a saúde, 2003. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/tuberculose.htm>. Acesso em: 10 abr. 2008.
- PAIVA, Maria de Jesus Bezerra de. **Documento técnico delimitando os bolsões de risco de tuberculose nos municípios prioritários Maranhão.** São Luís: FTTB, Gerência de Qualidade de Vida, 2003.
- PINTO, Walter. **Tuberculose:** uma doença de periferia, 2003. Disponível em: <http://www.ufpa.br/beiradorio/arquivo/beira08/noticias8/noticia3.htm>. Acesso em: 20 abr. 2008.
- PRADO, Felício Cinta do; RAMOS, Jairo de Almeida; VALLE, José Ribeiro do (org.). **Atualização terapêutica:** manual prático de diagnóstico e tratamento. 20. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROSEMBERG, José; TARANTINO, Affonso Berardinelli. **Doenças pulmonares**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RUFINO NETO, Antonio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. jan-fev, 2002. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822002000100010&script=sci_arttext-48k. Acessado em: 2 set. 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Programa de controle da tuberculose e implantação do tratamento supervisionado. Município de Jacareí, SP, Brasil. Informes Técnicos Institucionais, 2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 846-7. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/15.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2008.

SILVA, Penildon. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara

SMELTZER, Suzanne C. RN, EdD, FAAN; BARE, Brenda G. RN, MSN. **Tratado de enfermagem de médico-cirúrgica**. Tradução de Brunner & Suddarth. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002 (Coleção Brunner & Suddarth).

Koogan, 2002.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO**ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

1- Qual sua profissão?

2- Local de trabalho?

3-Você presta assistência a pacientes com tuberculose? Sim () Não ()

4- O que é o Tratamento Supervisionado?

5-Passou por alguma capacitação técnica para execução do Tratamento Supervisionado? Sim () Não () Onde? Quando?

6 - Você realiza o Tratamento Supervisionado? Sim () Não () Como?

7- A prática do Tratamento Supervisionado exigiu mudanças na rotina no seu local de trabalho? Sim () Não() Quais?

8- Que fatores dificultam o desenvolvimento do Tratamento Supervisionado?

9-Houve melhoria com a implantação do Tratamento Supervisionado? Sim () Não ()
Quais?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁDIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Mônica elinor Alves Gama

End: Rua das Acácias Quadra 38 Casa 07 Renascença 65.075-010

São Luís/MA Fone: (98) 3235 -1557 e-mail: mgamal@elo.com

Pesquisadores: Francisco Flávio Costa Lopes; Francisca Alves de Araújo; Marielle Ribeiro Feitosa; Roberto Oliveira Rodrigues; Suany Acherman Ambrósio Alves.

Coordenador do Comitê de Ética: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses S/N Campus do Bacanga. Prédio CEB Velho Bloco C Sala 07 CEP: 65.080-040

**TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE NA VISÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Prezado (a) Senhor (a), estamos realizando uma pesquisa sobre tratamento supervisionado da Tuberculose na visão de profissionais de saúde. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o (a) Sr. (a) que ajudarão a estudar práticas e conhecimentos desses profissionais sobre o tratamento supervisionado no controle da Tuberculose no Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família de uma instituição privada de São Luís. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o Sr. (a) quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O (a) Sr. (a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você para participar da pesquisa acima mencionada e agradecemos muito a sua colaboração.

Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas; darei informações sobre as condições de vida, moradia e de saúde. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, 24 de maio de 2008.

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da pesquisa

Avenida Marechal Castelo Branco Nº. 605 Edifício Cidade de São Luís.
Cobertura/4º. Andar CEP: 65.000-000 São Luís/MA.

ANEXOS

ANEXO A – Taxa de incidência da Tuberculose no Brasil

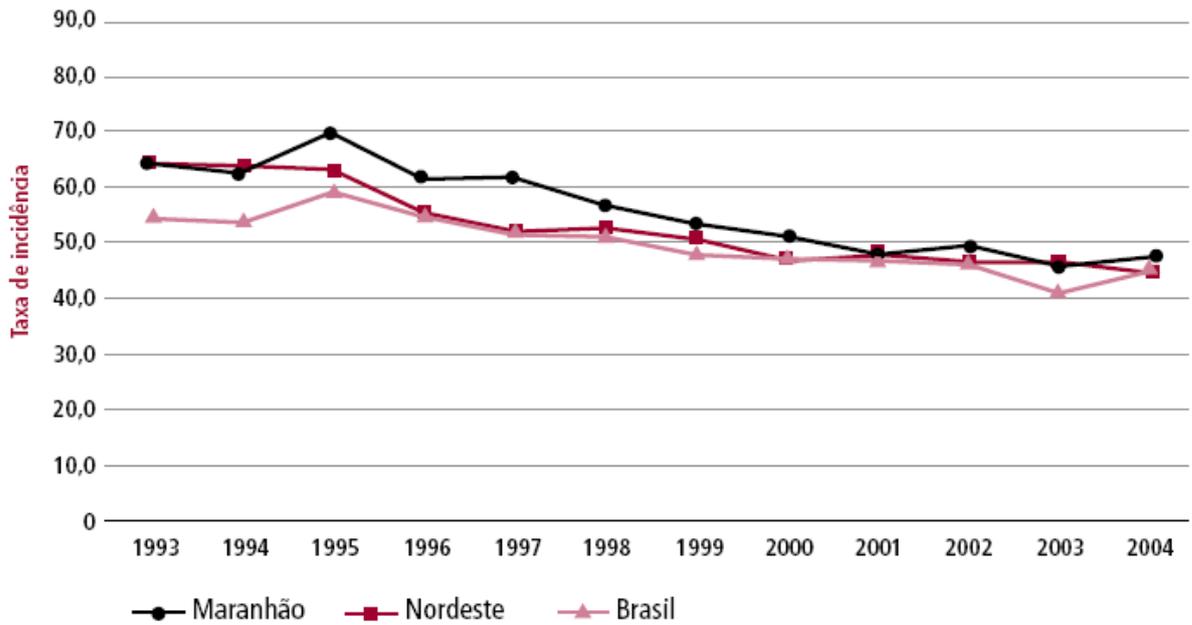


FIGURA 1 - Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose em todas as formas. Maranhão, Região Nordeste e Brasil, 1993-2004.

Fonte: BRASIL. Relatório de situação: Maranhão. 2006.

ANEXO B – Sintomas gerais**TABELA 11** - Frequência de sintomas em pacientes com Tuberculose Pulmonar sem tratamento anterior (INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA, 1992).

Tempo de sintomas	Nº	%
Respiratório		
Tosse seca	43	27,2
Tosse produtiva	115	72,8
Dor torácica	37	23,4
Escarros hematóxicos	26	16,4
Dispneia	25	15,8
Hemoptise	17	10,7
Gerais		
Emagrecimento	109	69
Febre	83	52,5
Sudorese noturna	82	51,9
Total	146	100

Fonte: MACEDO, AFIRME, FIÚZA DE MELO, J. Pneumol. 18 (supl.): 118, 1992 apud VERONESI, 2002.

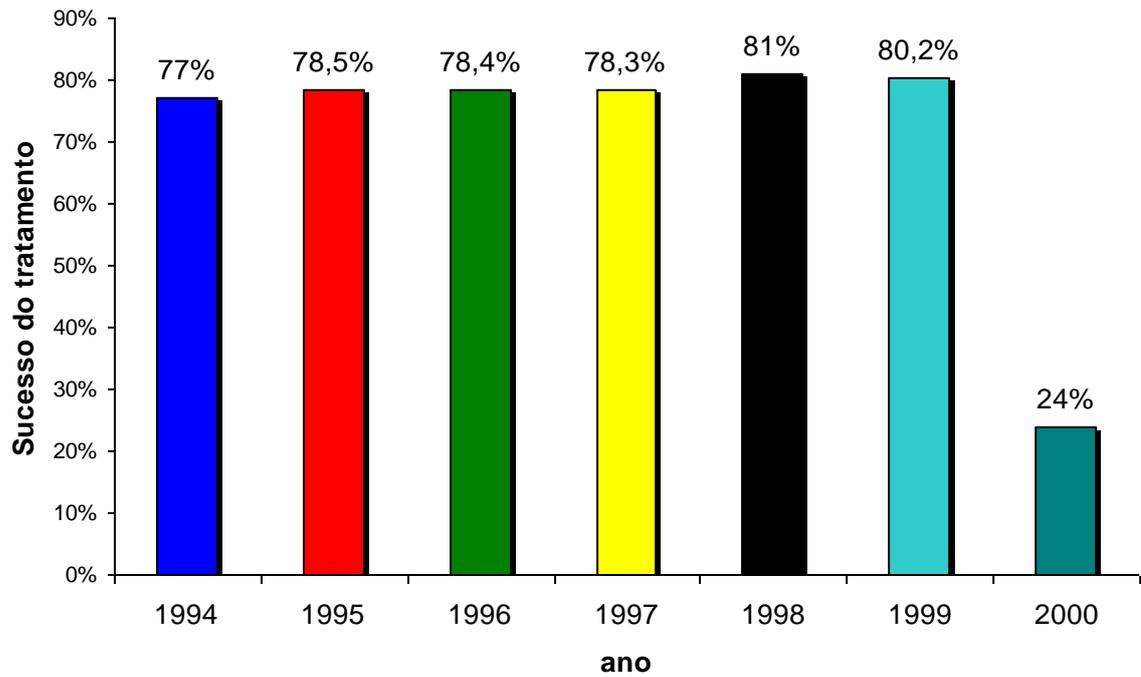
ANEXO C – Histórico do DOTS

Figura 2 – Progresso da cura com DOTS, resultados globais, 1994-2000.
Fonte: MONTERO. **Manual de tratamento supervisionado tuberculose.** 2004.

