

O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

*Liliane de Almeida Cardoso¹, Kevin Fontelles Moraes², Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo³.

1 - Discente do terceiro período de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

2 - Discente do quarto período de Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

3- Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

[*almeida.lilianne@gmail.com](mailto:almeida.lilianne@gmail.com)

Introdução: A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Atingindo principalmente os pulmões, a doença constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, com altas taxas de incidência, prevalência e mortalidade, acometendo pessoas de várias idades e principalmente indivíduos imunodeprimidos. **Objetivo:** Analisar o tratamento da Tuberculose em municípios Brasileiros de pequeno porte. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada nos meses de janeiro a março de 2018. A pesquisa utilizou 5 artigos científicos encontrados nos seguintes bancos de dados: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. **Resultados:** Constatou-se que a baixa escolaridade representa um fator que influencia na adesão ao tratamento da tuberculose e que os municípios de pequeno porte apresentam poucos recursos humanos tornando o tratamento ainda mais dificultoso; em contrapartida grandes municípios possuem maior capacidade gerencial e reguladora, garantindo os recursos necessários para o controle da doença. **Conclusão:** Concluiu-se que o abuso de álcool e a baixa escolaridade decorrente das condições socioeconômicas da população, concomitante a falta de estrutura e poucos recursos humanos dos municípios de pequeno porte são barreiras para a adesão e controle do tratamento da tuberculose.

Palavras-chaves: Tuberculose, Saúde Pública, Cidades Pequenas.

Introdução

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Sua transmissão ocorre pelas vias respiratórias, quando um indivíduo contaminado expulsa gotículas de saliva ao tossir, falar ou espirrar. Podendo ser verificada em diversas partes do corpo, a TB-pulmonar ainda é a mais recorrente, sendo a forma clínica pulmonar a mais recorrente seguida da forma extrapulmonar que ocorre quando os bacilos migram e se instalam em outras partes do corpo acometendo órgãos como: rins, olhos, ossos, meninges dentre outros (BRASIL, 2016).

A doença constitui um importante problema de saúde pública no Brasil, com grande incidência no número de casos, sendo uma das principais causas de morte em pessoas que vivem com HIV/AIDS, visto que os mesmos estão mais suscetíveis a adquirir a doença, portanto apresentam um maior risco e vulnerabilidade ao adoecimento por TB (BRASIL, 2016). A manutenção da TB como um problema de saúde pública faz com que novas ações e estratégias devam ser pensadas no sentido de promover a equidade, garantindo o acesso aos pacientes, visando não apenas o seu atendimento e bem-estar, mas, em sentido mais amplo, a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS em suas diretrizes (BRASIL, 2011).

A TB é a doença infecciosa que mais mata no mundo, superando as mortes causadas pelo HIV e a malária juntos. Estima-se que 10,4 milhões de pessoas tiveram TB em 2015 e cerca de 4,5 mil mortes pela doença. De acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países com alta carga de TB e a 19ª posição na lista dos 30 países com alta carga de TB/HIV que é a 3ª causa de mortes por doenças infecciosas. No ano de 2017, no Brasil, foram notificados 69.569 novos casos de TB, e em 2016, 4.426 casos de óbito foram registrados e cerca de 4.543 óbitos em 2015 (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018).

Os principais sintomas são: tosse contínua por mais de duas semanas podendo haver ou não a presença de sangue, sudorese noturna, emagrecimento, febre e fadiga. O diagnóstico é feito a partir da baciloscopia do escarro, radiografia de tórax e Prova Tuberculínica (PT). Seu tratamento é realizado em torno de 6 meses, podendo ser prolongado em casos de TB-extrapulmonar, co-infecção TB-HIV e resistência a fármacos, no qual todo tratamento é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sua principal forma de prevenção é a vacina (BCG) administrada na infância, controle de contatos e busca dos sintomáticos respiratórios (BRASIL, 2011).

Quanto mais cedo diagnosticado os casos de paciente com TB mais cedo o tratamento pode ser iniciado e as chances de cura total são maiores. Medidas foram adotadas pelo ministério da saúde com intuito de estimular a adesão ao tratamento como: O Tratamento diretamente observado (TDO) que consiste na ingestão diária dos medicamentos antituberculose pelo paciente sob a observação de um profissional de saúde. Para registro do TDO no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), é necessário que a tomada seja observada todos os dias, ao menos, 3 vezes na semana, no mínimo 24 tomadas da medicação na fase de ataque, e 48 na fase de manutenção (BRASIL, 2016).

O TDO é mais que ver a deglutição dos medicamentos. É necessário construir um vínculo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde. Torna-se também necessário remover as barreiras que impedem a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais. Sendo um método de suma importância para os portadores da doença já que é uma forma de prevenir a diminuição dos casos de abandono do tratamento, TB multidroga resistente e óbitos. O TDO foi implantado tendo em vista a necessidade do aumento da qualidade na cobertura de tratamento da TB no Brasil, devido a observação das taxas de cura que se demonstraram inferiores à meta preconizada – de 85% - assim como as taxas de abandono superiores a 5% (BRASIL, 2011).

Nos casos de pacientes que vivem em pequenos municípios, essa forma de tratamento possibilita um maior acompanhamento, visto que, em alguns casos há a não aceitação do tratamento já que se demonstra longo - aproximadamente 6 meses - além do difícil acesso e deslocamento da residência para as unidades de saúde mais próximas, para realizar o acompanhamento pelo profissional de saúde. Mas com situações precárias em alguns municípios ainda se é necessário o deslocamento do paciente para outras unidades de saúde, que muitas vezes não tem suporte adequado, assim como há a falta de recursos humanos necessários para o acompanhamento do paciente, resultando em um maior número de pacientes sem ou com pouca adesão ao tratamento (PEREIRA,2015).

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura realizada com base em dados publicados em revistas científicas. A pesquisa foi desenvolvida com utilização de periódicos como Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed com a finalidade de realizar uma revisão com os seguintes descritores: Tuberculose, Saúde Pública, Cidades Pequenas. Foram utilizados o total de 5 artigos científicos que seguiram os seguintes filtros de critério de inclusão: Artigos entre os anos de 2015 a 2017, nos idiomas português, inglês e disponíveis online, a pesquisa foi realizada nos meses de janeiro a março de 2018.

Resultados e Discussão

No Brasil, cerca de 15 mil casos de re-tratamento são relatados anualmente e são causados devido à recaída ou readmissão após abandono, o que, juntamente com novos casos, configura-se como a 9ª causa de hospitalizações por doenças infecciosas, sendo o 7º lugar nas despesas de hospitalização do Sistema Único de Saúde (SUS) para doenças infecciosas e a 4º causa de mortalidade por doenças infecciosas (SILVA, 2015).

Em seu estudo, Silva (2015) demonstrou que há uma associação entre os casos de remissão da doença após o abandono e a baixa escolaridade, o que é considerado um reflexo de um conjunto de condições socioeconômicas que aumentam a vulnerabilidade à TB e são responsáveis pela maior incidência da doença e pela menor adesão ao tratamento. O abuso de álcool também demonstrou ser um fator importante para a ineficácia do tratamento, onde além de afetar o sistema imunológico, contribui significativamente para o abandono do tratamento e mostrou ser um preditor de uma quimioterapia irregular.

Vieira (2017) enfatiza que a TB está associada a baixa condição socioeconômica, fato esse ligado diretamente a baixa escolaridade. Dado a isso, a pobreza pode estar associada a um estado de saúde ruim, podendo afetar o trabalho, assim como desencadear uma menor adesão ao tratamento, impedindo a eliminação eficaz dos bacilos fazendo parecer com que o tratamento foi efetivo e proporcionando a ocorrência de TB droga resistente.

Segundo um estudo realizado por Pereira (2015), em Juiz de Fora, Minas Gerais - segundo do Estado em número de casos de TB, além de ser considerada cidade polo Regional no tratamento da doença - 377 pessoas (75,0%) iniciaram o tratamento em quatro unidades de atenção secundária e terciária e 127

(25,0%) iniciaram o tratamento nas demais unidades de saúde do município. Os resultados apontam ao menos duas situações preocupantes para o controle da TB em um município prioritário: a negligência de informações de abandono seguido da falência nos dados notificados ao SINAN pelo município, e a alta concentração de pacientes em tratamento de TB em centros de atenção secundária e terciária.

Numa perspectiva analítica, Arakawa (2017) observou que municípios pequenos geralmente têm menor qualificação da população e apresentam poucos recursos humanos, enquanto os grandes municípios possuem maior capacidade gerencial e reguladora, o que poderia explicar a associação de melhor desempenho com populações maiores, já que apresentam os instrumentos para manter o compromisso político em torno da operacionalização do programa de tuberculose e a garantia dos recursos necessários para o controle da doença.

Tanto em municípios de grande porte quanto de pequeno porte, a descontinuidade administrativa, a falta de autonomia nas decisões executivas, o patrocínio político e o conflito de interesses entre as diferentes opções do partido político afetam o grau de cooperação alcançado entre a macro e a meso-administração. São os problemas que os coordenadores dos programas de TB enfrentam em comum na execução de suas atividades. O fortalecimento das ações de gestão incorporando instrumentos como planos e relatórios de saúde, podem dar conhecimento público sobre ações de saúde e facilitar o planejamento de ações indiretas (como rotinas relacionadas à análise das informações disponíveis) e diretas como o monitoramento (como visitas / reuniões com profissionais de saúde e outros atores envolvidos na prestação de cuidados (ARAKAWA, 2017).

Outra questão levantada por Santos (2017) refere que há uma baixa adesão das equipes de saúde à investigação de Infecção Latente por Tuberculose (ILTB) entre Pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e o não monitoramento longitudinal e sistemático dos casos em que o tratamento com isoniazida é prescrito. Logo, por não haver uma orientação ou protocolo de busca ativa aos PVHA no serviço, as ações demonstram-se por demais prejudicadas, demonstrando um possível locus aos indicadores epidemiológicos de taxas de mortalidade associados entre HIV e TB.

A atuação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose compreende estratégias inovadoras que visam ampliar e fortalecer a estratégia TDO, com o enfoque na articulação com outros programas governamentais para ampliar o

controle da TB e de outras comorbidades, como a HIV/AIDS. Além disso, privilegia a descentralização das medidas de controle para a atenção básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a TB, como as populações em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e a população indígena. Também pode incentivar a articulação com organizações não governamentais ou da sociedade civil, para fortalecer o controle social e garantir a sustentabilidade das ações de controle (BRASIL, 2011).

Conclusão

Com base na pesquisa conclui-se que diante das questões levantadas a baixa adesão ao tratamento da TB é recorrente e demonstra-se um obstáculo para o controle da doença, pelo fato de que a doença está associada a pobreza, e conseqüentemente ao desenvolvimento socioeconômico que ainda se mantém em níveis considerados muito baixos, além da baixa escolaridade que acaba influenciando no processo saúde-doença, o tratamento em municípios de pequeno porte leva muitas vezes ao deslocamento dos pacientes da atenção primária à atenção secundária e terciária provocando assim um acúmulo de pacientes nesses níveis de cuidado, que muitas vezes não apresentam suporte para os profissionais da saúde desenvolverem ações para o controle e tratamento da doença.

Em relação aos municípios de pequeno porte notou-se também que há poucos recursos humanos em relação as cidades de médio e grande porte, e portanto tendem a se mostrarem menos eficazes em torno do programa de controle da TB e assim mostrarem mais ações para o controle da doença, propocionando por meios de ações de educação em saúde informar a população sobre a doença. Outra perspectiva também notada na pesquisa é a baixa adesão das equipes de saúde em investigar a ILTB que se configura como um agravo ainda mais problemático para a situação de saúde de indivíduos portadores da infecção pela micobactéria.

A estratégia do TDO surgiu como um enfoque da ampliação do contole da doença, por meio da observação da ingestão do medicamento pelo paciente sob supervisão de um profissional de saúde e por meio desta vem se mostrando benefico a medida em que o tratamento é suscedido, sendo assim importante para a população que vive em municipios de pequeno porte brasileiro e que precisam do tratamento, já que a TB ainda continua sendo uma das principais causas de mortes no Brasil.

Haja vista que municípios de pequeno porte,

por apresentarem um número reduzido de recursos humanos, assim como uma estrutura de atenção básica precária, as estratégias utilizadas para o controle e terapêutica eficaz da TB apresentam dificuldades, evidenciando assim um descontrole para com a doença.

Portanto, torna-se necessário a incrementação de políticas de saúde que possam auxiliar no tratamento da TB, dando enfoque principalmente à populações suscetíveis à esse tipo de infecção como populações em situação de pobreza em situação de rua e populações privadas de liberdade. Essas ações podem garantir com que o processo saúde-doença passe a ser realizado de forma contínua e corroborar para uma saúde humanizada, informativa e para todos.

Referências

ARAKAWA, T. MAGNABOSCO, G. T. et al. Tuberculosis control program in the municipal context: performance evaluation. **Revista de Saúde Pública**. Vol.51; p.3, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendação para o controle de Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, V.48; n.8; p.1, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, V.49; n.11; p.1, 2018.

PEREIRA, J. C. SILVA, M. R. et al. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Vol.42; n.6; p.5-6, 2015.

SILVA, T. C. MATSUOKA, P. F. S. et al. Fatores associados ao re-tratamento da tuberculose nos municípios prioritários do Maranhão, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Vol.22; n.12; p.5, 2015.

SANTOS, D. T. Garcia, M. C. et al. Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.33; n.8; p.6, 2017.

VIEIRA, A. A. Leite, D. T. et al. Tuberculosis recurrence in a priority city in the state of São Paulo, Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Vol.43; n.2; p.3, 2017.