

Unis, Gisela

Papel da atenção básica no controle da tuberculose

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, vol. 2, núm. 3, julio-septiembre, 2012,
pp. 120-121

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570464025013>

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

Ano II - Volume 2 - Número 3 - 2012



CARTA AO EDITOR

Papel da atenção básica no controle da tuberculose *The role of primary care in tuberculosis control*

Gisela Unis*

Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Recebido em: 22/05/2012
Aceito em: 28/05/2012

*guatapi@gmail.com

DESCRITORES
Tuberculose, Atenção Básica, Saúde da Família

KEYWORDS
Tuberculosis, Primary Care, Family Health

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, contagiosa, que afeta 14 milhões de pessoas em todo o mundo. É uma doença associada à pobreza, afetando, principalmente, adultos jovens em seus anos produtivos. Segundo a OMS, o número de pessoas com TB está em redução, desde 2005. A incidência global estimada foi de 128 casos/100 mil habitantes em 2010 depois de alcançar um pico de 141 casos/100 mil em 2002. Entre os 22 países que possuem as maiores prevalências de tuberculose, o Brasil e a China apresentam um declínio sustentado dos casos nos últimos 20 anos¹.

Dados do Ministério da Saúde (MS) do Brasil revelam que, pela primeira vez, os casos de tuberculose foram inferiores a 70 mil. O número de casos registrados no último ano reduziu 3,5%: foram 71.790 em 2010 contra 69.245 em 2011. Na última década, o Brasil registrou queda de 15,9% na taxa de incidência da tuberculose. Em 2011, foram registrados 36 casos/100 mil habitantes, contra 42,8 casos/100 mil habitantes em 2001. Com relação aos óbitos, a redução foi ainda maior: a taxa de mortalidade caiu 23,4% em uma década. O País registrou 3,1 óbitos/100 mil habitantes em 2001, passando para 2,4/100 mil habitantes em 2010². Várias medidas foram realizadas, mundialmente e regionalmente, para diminuir a prevalência, incidência e mortalidade. Estratégias para detecção e tratamento precoce de fatores associados ao insucesso do tratamento como co-infecção HIV, alcoolismo, abuso de drogas e condições sociais estão sendo priorizadas para minimizar o aumento do número de casos e a resistência aos fármacos³⁻⁵.

O MS alterou as Diretrizes para tratamento da tuberculose no final de 2009. No RS, esta modificação de esquema terapêutico foi implementada no final de 2010 com o acréscimo de uma quarta droga: o Esquema Básico (EB) com duração de 6 meses e a introdução do esquema padronizado de multirresistência com 5 drogas com um tempo mínimo de tratamento de 18 meses⁶. Outra medida

foi a expansão do tratamento diretamente observado (TDO) que, atualmente, 71,5% das unidades de saúde o oferecem, bem como o aumento na cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF). Em 2011, foram notificados no Brasil, 56,3% dos casos de tuberculose na Atenção Básica (AB), sendo que em 2001 eram 25,2%². O Estado do RS está atrasado em relação ao restante do país na implementação desta modalidade de tratamento, sendo uma das regiões com o menor percentual de TDO (até 2008 era menos de 20%)⁷. É considerado TDO a supervisão direta da tomada da medicação, por um profissional da saúde, 3 vezes na semana nos primeiros 2 meses de tratamento e 2 vezes por semana nos 4 meses subsequentes.

As modificações nas diretrizes do MS impõem uma reestruturação na rede de assistência ambulatorial nos municípios. Todas as equipes de ESF realizarão avaliação de sintomáticos respiratórios (possíveis portadores de TB), baciloscopy de escarro para diagnóstico da doença e tratamento com EB para pacientes com BAAR positivo. Além disso, deverão realizar avaliação dos contatos dos doentes identificados, no novo formato preconizado pelo MS.

A complexidade da situação da tuberculose expõe a necessidade de uma abordagem compartilhada por diversos profissionais de saúde e da descentralização do atendimento com fortalecimento do envolvimento da atenção básica. A AB deve dispor de profissionais generalistas capacitados para todas essas particularidades. Suas competências são indicar e prescrever o EB, acompanhando os casos sob TDO, baciloskopias mensais de controle até o final do tratamento, identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos, receber os casos contrarreferenciados e encaminhar à unidade de referência os casos nas seguintes situações: casos com forte suspeita clínica, radiológica, com baciloskopias negativas, casos de difícil diagnóstico, casos de efeitos adversos que determinem a suspensão do tratamento, falência; qualquer tipo de resistência

e casos com evolução clínica desfavorável. A referência secundária é responsável por dar suporte à AB com profissionais especialistas ou generalistas com experiência em TB enquanto a referência terciária é formada por equipe multidisciplinar formada por especialistas, capacitada para o manejo da TB resistente e sua complexidade.

A meta brasileira até 2015 é reduzir a prevalência e as mortes

por TB em 50% comparados com o ano de 1990, conforme objetivo de desenvolvimento do milênio, estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde⁸. É necessário implantar plenamente as medidas estabelecidas para melhorar os indicadores de cura, interrompendo a cadeia de transmissão. Espera-se que o fortalecimento do sistema básico de saúde contribua para mudar o panorama da TB no país.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Tuberculosis Global Facts. 2011/2012. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/2011/factsheet_tb_2011.pdf
2. Informe ENSP. Tuberculose: Brasil reduz número de casos em 3,54% no último ano. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalensp/informe/site/materia/detalhe/29860>
3. Campani S, Moreira JS, Tietbohl CN. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). *J Bras Pneumol.* 2011;37(6):776-782.
4. Brasil PEAA, Braga JU. Metanálise de fatores relacionados aos serviços de saúde que predizem o abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24 (Sup 4):S485-S502.
5. Silveira SC, Passos PT, Soder TCH, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento para tuberculose em um município prioritário do Rio Grande do Sul. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2012; 2(2): 46-50.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 284p. 2011.
7. CEVS. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Dados não publicados.
8. WHO. Global Tuberculosis Control. 2011. [acesso em 2012 Jun 11]. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf.